NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico-chirurgicales du Midi.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
Revue médico-chirurgicale de Paris de M. Malgaigne.

553.50

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

MARS 1848. — 9me Série. — T. III.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1848.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la méd. belge. p.157—192.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 193—216.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉT., PHARMAC. ET TOXIC.

Toxicologie. 1—3. *Revue* 47, 48, 49.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 4—10. *Revue* 36, 37, 38, 39.
Thérapeut. 11—20. *Revue* 35, 40, 41, 42.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchements. 21—22. *Revue* 43.
Maladies des femmes. 23—24. *Revue* 44.
Maladies des enfants. 25.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Pathologie externe. 26—29. *Revue* 45, 46.
Médecine opératoire. 30.
Ophthalmologie. 31.

XII. Généralités. 32—33.

Sociétés savantes, pag. 239, 252.

Mélanges. 34, 50, 51, 52, 53, 54.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(MARS 1848.)

NOUVELLES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE MODE DE DÉVELOPPEMENT, SUR L'ACTION ET SUR LES PRINCIPES ACTIFS DE L'ERGOT DES GRAMINÉES; EN RÉPONSE AUX QUESTIONS DU PROGRAMME DE M. LE PROFESSEUR JEAN-BAPTISTE MAZZONI.

Essai couronné, au jugement d'une commission spéciale, par le cinquième Congrès scientifique italien, tenu à Lucques; par LOUIS PAROLA, médecin de Cuneo.

(Traduit de l'italien, par Ant. RAIKEM, D. M. P., professeur à l'Université de Liége, membre titulaire de l'Académie royale de Belgique, correspondant de celle de Paris, etc.)

(Suite et fin : *voir* le nº de février 1848, p. 84.)

OBS. LIII. — Dans les premiers jours d'août 1840, madame N. N..., âgée de 20 ans, d'un tempérament sanguin-nerveux, et d'une complexion délicate, fut affectée, pendant les premiers mois de sa seconde grossesse, d'une métrorrhagie causée par un long et rapide voyage de plusieurs milles, qu'elle avait fait à pied peu de jours auparavant. Comme il y avait fièvre avec tous les indices d'une métrite, on se hâta de lui pratiquer six émissions sanguines, qui ne procurèrent que du soulagement seulement, car presque chaque jour l'hémorrhagie se rénouvelait, accompagnée de douleurs dans la région de l'utérus et des lombes, qui indiquaient le danger d'un avortement imminent. Sur ces entrefaites, on appela en consultation un collègue expérimenté, et l'on prescrivit deux autres saignées avec des boissons astringentes. Cependant, deux jours après, nouvelle apparition d'une métrorrhagie de plusieurs onces de sang caillé avec fièvre et douleurs à l'utérus et aux reins. Alors, considérant que les effets des moyens ordinaires les plus actifs n'étaient pas de longue durée, nous eûmes encore la ressource du précieux seigle ergoté, qui ne trompa point notre confiance. Nous commençâmes par 40 grains, la première journée; puis la dose fut réduite à 30; ensuite à 20, de manière que, au bout de huit jours, cette dame en avait consommé quatre gros et obtenu une

parfaite guérison ; nous disons parfaite, parce que l'accouchement eut heureusement lieu à terme ; seulement le nouveau-né, trop exténué, ne put vivre que quelques jours, à cause, croyons-nous, que le placenta, d'un petit volume, était en partie ratatiné et atrophié. Indubitablement c'était le placenta qui, s'étant détaché de l'utérus par suite des mouvements violents de la mère, avait été cause de l'hémorrhagie.

Obs. LIV. — Madame B..., d'un tempérament nerveux, d'une taille petite et délicate, après des fatigues excessives pendant les premiers mois de sa quatrième grossesse, éprouva, en avril 1843, de la pesanteur et des douleurs dans les régions lombaire et utérine, auxquelles succéda une métrorrhagie. Redoutant les saignées, elle négligea pendant un grand nombre de jours sa maladie, jusqu'à ce que les douleurs et le flux sanguin ayant augmenté, et la fièvre s'y étant jointe, elle recourut à la sage-femme, qui, vu la gravité du cas, réclama aussitôt notre assistance. Mais quand nous visitâmes la patiente, il y avait déjà plus de huit jours qu'elle perdait continuellement du sang par le vagin ; les douleurs au ventre et dans les reins s'étaient toujours accrues de plus en plus ; le pouls était très-profond, dur, fréquent, concentré, nous dirons même utérin. — En outre, il se déclarait de fréquentes angoises chaque fois que la perte survenait, ou au moindre mot prononcé sur la nécessité de devoir lui tirer du sang. L'ayant encouragée en lui représentant la grande efficacité de l'art en semblables circonstances, sans qu'il fût indispensable de recourir à la saignée, nous lui prescrivîmes 6 grains de résine ergotée, à prendre dans la journée.

Le lendemain, trouvant que la perte ainsi que les autres symptômes étaient amendés, nous répétâmes la dose, et de cette manière, au bout de quatre jours, elle fut complétement guérie ; et un mois après, les mouvements du fœtus annoncèrent la véritable époque et la certitude de la grossesse.

Il nous paraît donc que la prompte activité hémostatique de notre seigle dans les hémorrhagies des femmes enceintes est avérée. Mais le cas dans lequel elle se manifeste le plus évidemment, c'est dans les hémorrhagies qui précèdent, qui accompagnent et qui suivent l'accouchement. Il arrive presque toujours, pendant une hémorrhagie copieuse, que les contractions utérines sont languissantes et tout à fait suspendues ; or, c'est en semblable circonstance que le seigle ergoté, après avoir arrêté le danger de l'hémorrhagie, jouit de toute sa propriété particulière de ranimer les contractions. Voici quelques-unes des preuves qu'on trouve enregistrées dans les ouvrages de différents auteurs, avec l'addition

d'un cas qui nous appartient, que nous présentons comme une image de plusieurs autres presque semblables, que nous avons eu occasion de rencontrer dans notre pratique.

Obs. LV. — (Du professeur Chailly.) — En 1841, je fus appelé dans la rue de Seine-St-Germain, par le docteur Cazalis, pour assister une jeune fille atteinte d'hémorrhagie; elle se trouvait à terme; le col dense, résistant, non encore dilaté, ne permettait pas d'opérer, afin de pouvoir soustraire la mère et le fœtus aux dangers de l'hémorrhagie, quoique celle-ci fût très-abondante et la mère fort affaiblie. Au toucher, il était facile de reconnaître la présence du placenta à l'orifice; les membranes étaient intactes et les douleurs peu énergiques. Au delà du placenta, on distinguait un corps solide, pesant, que je pris pour la tête de l'enfant. L'auscultation aurait pu m'éclairer; mais ce qui m'importait était de reconnaître l'existence du fœtus (il était vivant), et de m'opposer, le plus tôt possible, à l'hémorrhagie. Il s'agissait d'opter entre la rupture des membranes et le tamponnement. A raison de l'état du col, lequel, encore qu'on administrât le seigle ergoté (1), ne pouvait laisser espérer une rapide dilatation sous l'influence de la rupture des membranes, je me décidai en faveur du tampon et je l'appliquai au moyen du *speculum* plein...

Après cela, nous administrâmes à la malade 1 gros de seigle ergoté, en deux fois. Il en avint que l'hémorrhagie externe ne cessa pas totalement; mais des contractions énergiques s'éveillèrent, et au bout d'une ou de deux heures, les efforts que faisait la femme chassèrent en partie le tampon, et les membranes se rompirent. Nous retirâmes le bandage et la charpie; mais au lieu de la tête, dont j'avais soupçonné la présence au détroit supérieur, c'était l'extrémité pelvienne qui occupait l'orifice. La dilatation était presque complète; j'introduisis la main et je m'assurai des pieds. L'extraction du fœtus se fit rapidement; mais l'hémorrhagie abondante avait mis sa vitalité en danger : il fit quelques inspirations, mais on ne put le ranimer. Quant à la mère, tout cessa après la parturition, et elle se rétablit parfaitement.

Quoique, dans cette histoire, le seigle ait été secondé par le tampon, toutefois, quiconque met en parallèle la constante efficacité du premier avec l'usage souvent vain et inutile, et parfois insupportable, du second, sera plus que jamais convaincu que, dans les cas précités, l'ancre de salut c'est le seigle ergoté, qui peut encore être secondé par le tampon, comme a coutume de le prati-

(1) Notre auteur, croyant que le seigle était excitant et irritant, ne pouvait concevoir, et partant ne croyait pas qu'il pût dilater le col, dans un état de rigidité.

quer notre auteur, de même que beaucoup d'accoucheurs, tels que P. Dubois et le docteur Scholler de Berlin.

Par les histoires suivantes, nous démontrerons qu'on peut sans tampon, avec le seul blé ergoté, remédier aux graves dangers des hémorrhagies dont il s'agit, presque toujours funestes aux nouveau-nés et périlleuses pour les femmes en travail. Nous ne pouvons nous empêcher d'attester cette vérité avec de célèbres et consciencieux praticiens, parmi lesquels nous appelons aussi en témoignage l'habile professeur Mazzoni, lui-même, et d'après notre propre expérience, que souvent de graves inconvénients sont occasionnés par l'irritation mécanique du tampon (1).

Obs. LVI. — Le 13 septembre 1839, nous dûmes promptement voler au secours d'une dame en péril par suite de grave métrorrhagie dans le principe de l'accouchement, causée par l'insertion d'une assez grande portion du placenta sur le col de l'utérus. Cette dame, d'une complexion délicate, lymphatique, dont la grossesse était incommode et pénible, se trouvait alors dans un mauvais état, par la grande quantité de sang perdu ; et la sage-femme nous informait que les douleurs de l'accouchement s'étaient à peine manifestées le jour précédent, quand l'hémorrhagie avait commencé ; et que depuis deux heures celle-ci ne discontinuait pas ; au contraire, elle croissait, les douleurs s'étant apaisées et transformées en un état spasmodique universel.

Cherchant à reconnaître la position du placenta, nous trouvâmes les membranes déjà rompues, l'orifice utérin suffisamment dilaté, avec le *vertex* en position normale. On recourut sur-le-champ à 20 grains de seigle ergoté, et après quinze minutes, nous vîmes diminuer la perte de sang, puis des douleurs efficaces se ranimer avec l'expulsion du fœtus, qui vécut seulement quelques heures. La mère fut affectée de métrite puerpérale ; mais l'hémorrhagie ne parut plus, et la métrite, par un traitement convenable, fut domptée dans le courant de la semaine.

Dans ce cas très-grave, il fallait se décider ou pour le seigle ergoté, ou pour l'accouchement forcé, si bien proposé et exécuté par le professeur Mazzoni. Mais, de nos jours, peut-on ne pas reconnaître la vertu du seigle ergoté? N'aurait-ce pas été pécher contre les lois du progrès, que de ne pas y avoir eu recours tout

(1) Pour preuve de cela, nous avons les observations des docteurs Pereira et Lasserre, rapportées ci-dessus, parmi lesquelles l'observation première de la femme Dupuis, qui avait déjà éprouvé des hémorrhagies par suite de l'insertion du placenta sur le col utérin. Chez cette femme, le tampon n'ayant servi qu'à suspendre l'hémorrhagie pendant peu de temps, la sage-femme dut pénétrer dans l'utérus, pour effectuer l'accouchement et la sortie des secondines ; néanmoins la mère mourut d'hémorrhagie. L'autopsie fit reconnaître la rupture de l'utérus.

d'abord, puisqu'il résulte d'une statistique attentive que la mortalité des accouchements provoqués est : : 1 : 3, avec une très-forte mortalité des enfants ?

Pour une preuve plus probante de la grande confiance que s'est acquise partout le seigle ergoté, même dans les cas les plus dangereux, nous avons déjà cité les succès miraculeux d'Espezel (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, avril 1842) ; nous ne pouvons non plus passer sous silence un autre cas tout récent du docteur Raynaud de Cabris (Journal ci-dessus cité, octobre), qui l'administra dans la présentation et la sortie du bras hors de la vulve, avec métrorrhagie.

Le seigle fit cesser l'hémorrhagie, puis il ranima les contractions utérines, au point que l'évulsion put avoir lieu avec la présentation des fesses. Et cela est conforme à l'enseignement de l'expérimenté professeur Mazzoni, qui, dans son Prospectus raisonné de Clinique obstétricale, faisant justement le plus grand cas des contractions utérines, nous explique sagement comment cette ressource merveilleuse de la nature peut corriger beaucoup de mauvaises présentations, en procurant l'évolution spontanée qui, avec Espezel, pourrait s'appeler évolution provoquée.

Maintenant, croyant, d'après les faits clairs et légitimes rapportés, et d'après ceux que nous exposerons bientôt, ainsi que par le grand nombre d'autres qui sont relatés par les auteurs cités, que l'on ne peut plus révoquer en doute la faculté du seigle ergoté d'exciter les contractions utérines dans presque toutes les circonstances puerpérales d'inertie de l'utérus, il en ressort que la précieuse vertu qui lui est propre est de plus en plus constatée. Suivant le même Prospectus Mazzoni, sur 481 accouchements, 22 ont exigé le secours de la main, à cause de l'inertie de l'utérus. Or, disons-le franchement, nous borner à cette ressource ne serait autre chose que donner la main à la féconde nature, sans beaucoup nous éloigner de l'obstétrique expectante, si sagement recommandée par Mazzoni.

Obs. LVII.— (Du docteur Bordot)— *Métrorrhagie pendant et après l'accouchement.* (1). Madame Chev., âgée de 30 ans, d'une complexion fort irritable, mais robuste, avait déjà accouché deux fois avec beaucoup de difficultés. Appelé près d'elle le 17 novembre 1825, je la trouvai dans une grande souffrance ; les eaux de l'amnios s'étaient écoulées depuis plusieurs heures. Le col utérin était presque fermé. Comme je l'avais auparavant assistée dans d'autres accouchements, je prédis en conséquence que le travail serait long. La malade prit des demi-bains et des lavements. La

(1) *Nouvelles recherches sur l'emploi du seigle ergoté.*

nuit passa sans notable changement. Les douleurs étaient beaucoup moins rapprochées. Il en fut de même le lendemain; mais, vers le soir, les douleurs devinrent plus intenses et plus continues. On pouvait facilement introduire le doigt dans l'orifice utérin. Le fœtus se présenta avec l'épaule droite. Bientôt cette partie dépassa l'orifice : la main droite apparut en même temps. Je n'hésitai pas alors à aller à la recherche des pieds et je les tirai dehors l'un après l'autre. Cette opération fut assez laborieuse. — Le nouveau-né était asphyxié; mais grâce aux soins assidus mis en œuvre, il fut rappelé à la vie. Comme il y avait métrorrhagie, je me hâtai d'aller à la recherche du placenta, pour terminer l'accouchement. Le sang continuant à s'écouler en abondance, je recommandai à la malade de ne faire aucun mouvement, et je lui fis aussitôt prendre 15 grains de poudre ergotée (ocyotique). Tout rentra dans l'ordre naturel, et les suites de cet accouchement furent très-heureuses, grâce aux précautions requises en semblable cas. Un autre cas semblable d'hémorrhagie est cité par le même auteur, avec des résultats de traitement tout aussi heureux.

Obs. LVIII. — (De Levrat-Perotton.) — Madame D., âgée de 25 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ressentait, le 4 août 1831, les premières douleurs de l'enfantement. Appelé 24 heures après, j'apprends que les douleurs n'avaient pas discontinué; je trouvai le col de l'utérus un peu dilaté; mais cet organe ne se contractait que légèrement. Une heure après mon arrivée, je rompis les membranes, espérant ainsi déterminer la dilatation de l'orifice; mais, malgré cela, ce ne fut qu'au bout de deux heures, que madame D., mit au jour un enfant mâle. — J'étais depuis dix minutes en attendant la sortie des secondines, quand tout à coup, la malade éprouvant un évanouissement, je sentis inondée de sang ma main qui retenait le cordon. Je procédai immédiatement à l'extraction artificielle du placenta et je le trouvai adhérent au bas-fond de l'utérus : il fut extrait dans sa totalité. La malade récupéra ses sens pendant cette extraction, et se trouva ensuite tout à fait bien. Comme l'utérus se contractait légèrement, je crus que toute crainte d'accidents ultérieurs avait cessé : je me trompai. Quelques minutes après, nouvelles angoisses. Je les attribuai à la perte considérable survenue à la suite de la sortie du fœtus, ou avant l'extraction des secondines, et avec d'autant plus de fondement que la patiente ne se plaignait plus d'aucune perte. Les inspirations et les frictions avec du vinaigre et de l'alcool furent sans utilité. Je portai la main sur l'utérus, et le trouvai non encore contracté. Alors soupçonnant qu'il s'agissait d'une hémorrhagie interne, je pénétrai dans ce viscère : il était rempli de caillots san-

guins que je tirai dehors. Le pouls reprit plus de force. Je fis couvrir le ventre de compresses froides et fréquemment renouvelées. J'injectai dans l'utérus le suc d'un citron, et de plus je l'irritai avec ma main et au moyen de frictions externes. Rien ne put exciter sa contraction. — Les pertes se renouvelaient pendant une heure, et de cinq en cinq minutes, et cela m'obligeait à de nouvelles manœuvres pour vider l'utérus du sang qui l'engorgeait. Fatigué de mes vains efforts et m'apercevant que les forces de la patiente étaient près de s'éteindre, je prescrivis une potion dans laquelle je fis mettre 30 grains de seigle ergoté, et je la donnai en trois fois, de cinq en cinq minutes. Aussitôt après la première dose, survinrent quelques douleurs, et je vis quelques contractions de l'utérus. Dès cet instant, l'hémorrhagie s'arrêta, le pouls se renforça, et une demi-heure après l'emploi d'un si grand remède, je pus quitter la malade. Le lendemain, on vint me dire qu'il était encore sorti quelques caillots, mais sans syncopes, comme dans les premières pertes. Cet accouchement n'eut d'autre suite que celle d'une convalescence très-longue. Le même auteur a exposé quatorze autres cas de dangereuses hémorrhagies survenues avant, pendant et après l'accouchement, dans lesquels le seigle ergoté fut constamment employé avec succès. — Nous savons tous que, dès le temps de Bauhin, on en faisait usage et qu'il fut toujours employé dans les cas de lochies excessivement copieuses, ou prolongées. Dans le même mémoire prémentionné de Levrat-Perrotton, on trouve les cas les plus avérés, entre autres le suivant.

Obs. LIX. — Madame G..., âgée de 22 ans, d'un tempérament lymphatique, primipare, accouche heureusement le 9 janvier 1837. Pendant les premiers jours, les lochies coulent comme dans les cas ordinaires. Elle allaite elle-même son petit enfant. Un flux sanguinolent ne cesse jamais de suinter de la vulve après la terminaison du cours ordinaire des lochies ; mais au bout d'un mois, cette hémorrhagie devient plus forte. Elle s'accompagne d'une douleur gravative qui est rapportée à la région lombaire. Dans le commencement, on y fait peu d'attention, on l'attribue au retour des menstrues. Néanmoins, au bout de quelques jours, comme l'écoulement et la douleur des lombes s'accroissaient, je suis appelé pour visiter la malade. D'après les interrogations que je fais, il ne me reste aucun doute sur le caractère de cette hémorrhagie : j'en attribue la cause à une légère métrite, qui empêchait le retrait entier de ce viscère. J'ordonne la décoction de riz édulcorée avec le sirop de coing, un régime adoucissant, quelques lavements émollients, et matin et soir une prise de 10 grains de seigle ergoté. Au bout de trois jours de ce traitement, les symptômes s'améliorent légère-

ment; mais peu satisfait de mon traitement, je substitue à la poudre de seigle ergoté sa décoction, à la dose de 40 grains dans sept onces d'eau, avec une once de sirop, à prendre en quatre doses, de deux en deux heures. Cette potion répétée pendant trois jours; puis la malade se trouvant bien, je cesse de la visiter.

Le même seigle ergoté fut également utile dans les cas de rétention de placenta. Et c'est justement dans une de ces circonstances si périlleuses que je fus moi-même redevable de la vie d'une de mes parentes à ce bienfaisant médicament. Cette dame ayant avorté au sixième mois, à la suite d'une chute, le placenta resta dans l'utérus et produisit une métrorrhagie des plus considérables. Lui ayant fait aussitôt mâcher 5 gros de grains de seigle ergoté, que j'avais, par bonheur, à la maison, le flux sanguin s'arrêta dix minutes après, et l'expulsion du placenta eut lieu ensuite.

Un grand nombre d'auteurs, italiens et étrangers et même Levrat-Perrotton, nous offrent plusieurs de ces cas. Rapportons-en un de ce dernier.

Obs. LX. — Une femme de 24 ans, primipare, après trois jours et trois nuits de douleurs lentes, accouche d'un enfant mort-né. A la suite de quelques heures d'attente, l'accoucheur, cherchant à extraire le placenta, n'en tire au dehors qu'une portion. En attendant, on prescrit les moyens ordinaires de traitement, et l'état puerpéral, jusqu'au dixième jour, suit son cours accoutumé. Dans la nuit du dixième au onzième jour, la malade se plaint de sentir comme une boule qui remonte du ventre jusqu'à la gorge et qui la suffoque. Sur ces entrefaites, elle délire et cherche à s'échapper du lit et de la maison. Son mari, homme un peu à son aise, la fait conduire dans une salle distincte de l'hôpital. A notre visite du matin, elle était revenue à elle-même; mais elle craignait le retour de cette boule hystérique qui l'avait tant fait souffrir. En effet, dans la nuit suivante, elle fut prise d'une si forte attaque, que la sœur infirmière, bien que aidée par quelques femmes malades, ne put la contenir. Elle s'enfuit dans les salles voisines, et il ne fut possible de la conduire au lit que quand son paroxysme fut passé. Pendant cette journée, ayant pris des informations, chez l'accoucheur qui l'avait assistée, je présumai que ces phénomènes hystériques et céphalalgiques pouvaient dépendre d'un reste de placenta dans l'utérus; et ce qui confirmait mon opinion, c'était que j'avais observé que cette femme avait une espèce de perte sanguine-purulente qui exhalait une odeur fétide. — Le lendemain matin, à mon arrivée, j'apprends l'événement de la nuit. On administre une infusion de 30 grains de seigle ergoté. Deux heures après, la malade est assaillie d'une forte colique, et expulse un

morceau de placenta à demi putréfié. Nous ordonnons du bouillon, une infusion de feuilles d'oranger, une potion calmante, un cataplasme sur le ventre, des injections détersives ; et au bout de quatre jours, la femme sort guérie de l'hôpital.

Ici il y avait adhérence morbide de la portion de placenta restée dans l'utérus, laquelle vint probablement à perdre de sa masse par la putréfaction commencée. Dans cette circonstance, de fortes contractions de l'utérus ayant été provoquées au moyen du seigle ergoté, cette expulsion put avoir lieu, et non autrement ; car, cette substance, par elle-même, ne pouvait vaincre de semblables adhérences, qui sont toujours très-fortes. Nous allons en donner une preuve.

Obs. LXI. — Madame la comtesse A..., d'une complexion délicate, par suite d'un voyage pénible fait dans une voiture incommode, et de chagrins, vers le cinquième mois de sa seconde grossesse, ressentit des douleurs aux lombes et à l'utérus, et douze jours après, elle avorta. — Le fœtus était mort, et le placenta resta en partie adhérent au fond de l'utérus et en partie détaché ; de manière qu'il s'ensuivit une métrorrhagie, puis une fièvre puerpérale et du *vaniloquium*. Les tentatives d'extraction avaient toujours été inutiles et très-douloureuses, et accompagnées d'agitations convulsives. Le second jour, la malade prit, en quelques heures, 1 gros de seigle ergoté, qui eut la vertu de supprimer l'hémorrhagie, et de diminuer la fièvre, ainsi que ses symptômes périlleux ; il provoqua en outre quelques douleurs, mais sans résultat. — Au troisième jour, on répète le seigle ergoté, qui amène de nouvelles contractions inutiles. Alors on invoque le conseil d'un collègue expérimenté, qui, vu le danger imminent d'une métrite funeste, procède à l'extraction, pendant que se reproduisent encore les expulsions déterminées par le seigle ergoté, et réussit à délivrer la patiente, en détachant le placenta, qui adhérait, d'une manière morbide, dans un bon quart de sa surface, aux parois utérines.

Voilà, un exemple manifeste de la double action du seigle ergoté sur l'organisme entier, c'est-à-dire sur les systèmes sanguin et nerveux, en diminuant la fièvre, l'hémorrhagie et les symptômes céphaliques, et de son action élective ou spéciale sur l'utérus, en excitant de nouvelles contractions. Sans l'aide de celles-ci, nous n'eussions pu nous départir des sages conseils de Mazzoni, c'est-à-dire de laisser les secondines dans l'utérus, plutôt que de s'exposer au danger de déchirer les parois de ce viscère (1).

(1) La vérité de ces préceptes se trouve aussi confirmée par les docteurs Pereira et Lasserre. Les *Archives de médecine*, pag. 28, cahier de janvier 1843,

Ainsi donc, l'action hémostatique du seigle ergoté dans les hémorrhagies utérines, dans le travail de la parturition et après celle-ci, est évidente et indubitable.

X. — Vérifier par des expériences sur les animaux : 1° si le seigle ergoté conserve longtemps son principe actif, ou si au contraire, après quelque temps, il vient à se dissiper, ou à diminuer de force ; 2° si réellement l'administration du seigle ergoté immédiatement après sa pulvérisation est la condition indispensable pour qu'il produise son effet ; 3° si, outre la pulvérisation, on peut employer un autre mode de préparation pharmaceutique. En résumant maintenant ce que nous avons exposé presque à chaque page de notre travail, nous aurons des preuves plus que suffisantes pour la solution du problême qui nous occupe. Nous avons dû les exposer ci-dessus, afin de constater, plus ou moins à la vérité, mais toujours d'une manière uniforme et constante, la vertu de notre médicament et spécialement de son principe actif. — Si nous analysons ces expériences dans leurs circonstances analogues à notre sujet, nous verrons que le moineau n° 5 (exp. 2e) et les pies n° 24 (exp. 32e) qui prirent du bon seigle ergoté, récemment pulvérisé, moururent plus vite et par une moindre dose que les moineaux nos 2 et 10 (exp. 2e et 4e), et les pies qui furent empoisonnées avec de la poudre de seigle ergoté conservée depuis 2 à 4 ans. Ces mêmes expériences, ainsi que celles instituées avec la résine de seigle ergoté vieux, vermoulu et rance, sur les oiseaux 1, 12, 13, nous prouvent que le temps ne peut lui faire perdre son efficacité que très-difficilement, et seulement après un très-grand nombre d'années. La poudre de seigle ergoté, conservée sans soins, pendant au moins quatre ans, dans des endroits humides, et dans des boîtes ouvertes ou en mauvais état, ou dans des vases mal fermés, conservait encore un peu de son odeur et de sa saveur propre. — L'analyse chimique même, en dénotant que leur principe actif, c'est-à-dire le résineux, était diminué d'un bon tiers, ou même de la moitié, démontrait aussi que la substance huileuse était diminuée bien davantage et était devenue rance et décomposée. Que d'ailleurs ce principe y existât certainement en partie, c'est ce que nous prouvèrent les symptômes survenus chez les animaux qui en avaient été empoisonnés ; symptômes tout à fait identiques à ceux qui étaient produits par le seigle ergoté récent. Une preuve de plus, c'est la dissection nécroscopique, qui révélait encore les mêmes altérations, propres et spéciales à la substance dont il est question.

contiennent l'observation de la femme de chambre Tessier, chez laquelle l'extraction forcée produisit de fortes coliques et la rupture de l'utérus.

D'autres expériences comparatives nous ont convaincu que la plus grande activité du seigle ergoté n'existe pas dans ce grain dès qu'il est récolté, mais un ou deux mois après; c'est-à-dire alors qu'il a déjà subi un léger degré de fermentation; parce que celle-ci accroît la quantité du principe résineux aux dépens des matières grasses-huileuses. L'analyse vient encore confirmer cette induction. En effet, par l'expression, ou par l'ébullition, ou par l'éther, on extrait du seigle ergoté récent une plus grande dose d'huile, avec une moindre proportion de résine; et même le seigle ergoté non mûr devient plus actif par ce moyen. Une autre manière d'augmenter l'efficacité des principes oléo-résineux, c'est de les associer avec quelques gouttes d'éther, ou, si l'on veut d'alcool. Nous en avons eu la preuve chez Colletti (obs. I), qui ressentit des effets très-intenses de quelques gouttes d'huile résineuse. Dans ce cas, en respirant l'odeur de la fiole, nous avons reconnu le résidu d'éther et d'alcool, non encore tout à fait évaporés. De plus, le malade lui-même sentait, en prenant les doses, une cuisson et une chaleur internes et passagères. Chez Gastaldi (voir obs. XXX) après avoir, en employant la résine pure, durant plusieurs jours, fait un calcul rigoureux de son degré d'action, nous avons, pendant quelques autres jours, ajouté à la résine une dose égale d'éther; et il en est résulté une plus grande intensité d'effet. Suivant nous, c'est par l'action dissolvante, que l'éther et l'alcool possèdent sur la résine, que celle-ci devient plus tôt assimilable et diffusible.

De tout ce qui précède il résulte naturellement que, s'il vaut mieux employer la poudre très-récente, parce que ainsi elle ne rancit pas si facilement, cependant, lorsqu'on l'administre quelque temps après sa pulvérisation, on ne la prive qu'en partie de son efficacité; par conséquent, il n'est pas absolument indispensable de la faire prendre immédiatement après la pulvérisation.

Qu'il y ait, outre la poudre, quelques autres préparations pharmaceutiques plus ou moins actives, qui pourront beaucoup mieux être prescrites, suivant les divers cas et les circonstances dans lesquelles il convient d'en faire plus ou moins promptement usage, nous l'avons clairement prouvé et confirmé par beaucoup d'observations et d'expériences. Dans le cas donc où le danger n'est pas imminent, si la maladie est lente, ou la constitution individuelle fort irritable, le praticien prudent fera mieux de recourir aux préparations aqueuses, comme étant plus douces, ou moins actives, et partant, presque tout à fait innocentes.

Au contraire, la résine et l'huile résineuse, étant les principes les plus actifs, devront être préférées quand la gravité du cas et

l'urgence du péril exigent une ressource presque immédiate. En outre, comme il existe quelquefois des conditions spéciales de l'estomac, qui ne peut tolérer ni la poudre, ni les préparations aqueuses, la résine, eu égard à sa facilité d'opérer à très-petite dose, pourra toujours être assimilée *avec beaucoup moins de difficulté* (1).

En définitive : 1° le seigle ergoté, conservé à l'abri du contact de l'air et de l'humidité, peut posséder longtemps son principe actif, surtout si, au moyen de l'expression, il a été privé de son huile ;

2° Il vaut mieux l'administrer aussitôt après sa pulvérisation, parce que l'air atmosphérique en absorbe et en altère en partie le principe actif, ses substances oléo-résineuses devenant âcres et rances au bout de quelque temps;

3° La poudre est un des meilleurs modes de prescription; mais il y a d'autres préparations pharmaceutiques qui, plus ou moins actives que celle-là, peuvent, eu égard aux circonstances spéciales et aux cas particuliers, devenir plus opportunes et préférables.

Voilà ce que nous sommes parvenu à observer, à recueillir et à déduire, dans notre modeste intention d'éclaircir beaucoup de doutes et de confirmer quelques vérités. Puissent le grand nombre et l'aridité extrême des questions faire agréer plus favorablement le bon vouloir, avec lequel nous nous sommes livré tout entier à la solution de difficultés si importantes! Qu'il reçoive ici l'expression de notre profonde gratitude, le digne amant de la science et, par elle, de l'humanité, qui, entré depuis longtemps dans la carrière, et appelant à lui quiconque était digne de le seconder, nous encouragea à y mettre le pied, et nous donna la force et la patience nécessaires pour en mesurer l'étendue.

DES TACHES DE LA CORNÉE, CONSIDÉRÉES COMME CAUSE DE RÉFORME ;

Par F. Hairion, médecin de bataillon de 1re classe à Louvain.

Le médecin militaire, appelé à faire la visite des hommes porteurs de taches légères de la cornée, éprouve souvent de l'hésitation à formuler sa décision. En effet, tandis que le règlement de 1821, concernant l'aptitude ou l'incapacité des hommes sous le rapport

(1) Dans le texte italien, on lit : *con molta maggiore difficultà venire assimilata ;* le traducteur croit que l'auteur a écrit *maggiore* au lieu de *minore*, sans quoi la conclusion serait, suivant lui, contraire aux prémisses.

du service militaire, précise les altérations des organes de la vue qui établissent une incapacité absolue ou relative, les instructions ministérielles de 1834 prescrivent, au contraire, de refuser les hommes qui présentent le moindre signe de lésions oculaires. Pour celui qui suivrait à la lettre ces dernières instructions, le rôle serait on ne peut plus facile; mais où s'arrêteraient les motifs d'exemption du service, aujourd'hui que les affections ophthalmiques se multiplient d'une manière notable dans le civil? N'y aurait-il pas de grands inconvénients, des dangers même, à suivre cette conduite?

S'il fallait se conformer strictement aux dispositions de l'arrêté ministériel du 1er mai 1834, toute tache ayant pour siége le miroir transparent de l'œil, toute rougeur inflammatoire des paupières ou des conjonctives, toute lésion des organes oculaires, quelque légère qu'elle fût, deviendraient des causes d'incapacité; et comme plusieurs de ces lésions peuvent être provoquées et entretenues, sans qu'il en résulte nécessairement des suites fâcheuses pour la vue, il deviendrait facile de se faire exempter du service militaire. N'avons-nous pas vu souvent des soldats provoquer ou entretenir une ophthalmie par l'introduction, entre les paupières, de corps étrangers irritants, tels que la poudre de tabac, la chaux, l'acide sulfurique, etc.? N'en a-t-on pas vu s'inoculer de la matière blennorrhagique et se donner ainsi une ophthalmie des plus graves, dans le seul but d'obtenir quelques mois de permission (1)? Sans aller bien loin, notre institut ophthalmique renfermait encore, il y a quelques jours, un soldat qui s'était versé volontairement de l'acide nitrique dans l'œil droit. En présence de ces faits, on ne peut donc plus douter que certains hommes n'hésiteront pas un moment à employer des moyens bien moins violents pour s'exempter à tout jamais du service, certains qu'ils sont que la moindre lésion oculaire suffira pour arriver à leur but. Nous allons même plus loin : nous croyons que, si l'on suivait à la lettre les instructions de 1834, l'on ne tarderait pas à voir des hommes exploiter à leur profit les dispositions qu'elles renferment, en faisant une industrie de l'art de provoquer certaines lésions oculaires sans gravité, mais suffisantes pour constituer des cas de réforme. De semblables faits ont été signalés par Carron du Villards (2).

Quoiqu'il en soit, nous croyons que le médecin militaire doit moins s'arrêter à la lettre qu'à l'esprit des instructions dont nous venons de parler. D'ailleurs, en les examinant attentivement, il est

(1) *Annales d'Oculistique*, t. III, p. 79.
(2) *Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux*, t. Ier, pag. 222.

impossible de ne pas voir que le but, que le gouvernement s'est proposé, n'a pas été le même dans l'un et dans l'autre cas. Dans le règlement de 1821, les lésions oculaires n'y sont guère envisagées que sous le rapport de l'obstacle qu'elles apportent aux fonctions visuelles; tandis que les instructions de 1834 semblent avoir eu principalement en vue d'éloigner du service les hommes, dont l'état des organes oculaires pouvait être considéré comme une prédisposition fâcheuse à l'ophthalmie de l'armée.

C'est sous ce double rapport que je me propose d'examiner la gravité des taches de la cornée, comme obstacle aux fonctions visuelles, et comme prédisposition aux affections oculaires et à l'ophthalmie de l'armée en particulier; mais pour bien juger de la valeur de ce genre d'altérations, il faut établir une distinction essentielle entre *les taches simples* et *les taches compliquées*.

Taches simples. — Nous regardons comme telles les taches qui, formées ordinairement par d'anciennes cicatrices, ne sont compliquées d'aucune lésion ou disposition morbide, locale ou générale; qui n'offrent pas de saillies apparentes et ont peu d'étendue.

Comme obstacle à la vue, les conséquences qu'entraînent après elles les taies de la cornée sont bien différentes, suivant qu'elles siégent en dehors du champ pupillaire, qu'elles empiètent sur cet espace, ou qu'elles en occupent le centre. Dans le premier cas, l'obstacle est nul; dans le second, il est d'autant plus grand que les taches s'avancent plus au-devant de la pupille; il varie aussi suivant le point de la circonférence de l'espace pupillaire qu'elles occupent: ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, celles qui sont situées à la partie inférieure et interne de cet espace apportent infiniment plus de gêne à la vision que celles qui en occupent le segment supérieur ou externe. Dans le troisième cas, c'est-à-dire lorsque les taches siégent au centre de la cornée, il faut, pour bien apprécier l'obstacle qu'elles apportent aux fonctions visuelles, examiner chaque œil séparément, ayant soin de tenir fermé celui qui n'est point l'objet de l'examen, en même temps qu'on engage le malade à regarder des objets éloignés. Ces précautions sont surtout indispensables lorsqu'il s'agit de l'œil droit; c'est de cette manière seulement qu'il devient possible d'apprécier les rapports d'étendue entre l'ouverture pupillaire et l'opacité de la cornée, et de juger jusqu'à quel point celle-ci s'oppose à l'acte de *viser*. Dans le cas qui nous occupe, on est facilement induit en erreur, si l'on examine l'œil droit, le gauche restant ouvert; si surtout, comme cela arrive ordinairement, la vue de l'individu se porte en même temps sur des objets rapprochés. Tous les médecins savent, en effet, que lorsqu'on ferme un œil, la pupille de l'autre œil se dilate, et que

ces ouvertures s'élargissent quand les yeux sont fixés sur des objets éloignés. Il n'y a dans le premier phénomène qu'un effet sympathique; le second est susceptible d'une explication physiologique que je vais essayer de donner.

On sait que tout ganglion sympathique reçoit et fournit des filets nerveux de divers ordres. Ainsi le ganglion ophthalmique reçoit, d'un côté, un filet de moteur oculaire commun, un filet de la branche ophthalmique de la 5e paire, et enfin quelques filets du nerf grand sympathique; de l'autre, il fournit des ramuscules qui se continuent avec les racines motrices et se distribuent à l'iris, ainsi que des ramuscules sensitifs qui se rendent dans l'intérieur de l'œil et à sa surface muqueuse. En outre, Müller a observé un fait parfaitement exact et que chacun peut facilement vérifier : c'est que l'iris agit, se contracte dans tout mouvement volontaire du globe de l'œil qui accompagne l'action du nerf moteur oculaire commun, et surtout celle des branches qui se distribuent au muscle droit interne et petit oblique; tandis que cette membrane reste inactive, quand le globe de l'œil se porte en dehors par l'action du muscle droit externe, qui reçoit, lui, son influence d'un nerf particulier, le moteur oculaire externe. Ce même physiologiste a également observé que, si les deux yeux convergent l'un vers l'autre, le rétrécissement de la pupille est porté aussi loin que possible; qu'au contraire, plus les yeux sont parallèles l'un à l'autre, plus, par conséquent, les muscles droits internes, qui sont influencés par le nerf moteur oculaire commun, tombent dans l'inaction, plus enfin les pupilles grandissent (1). On voit donc que les deux conditions d'élargissement volontaire de la pupille existent dans l'acte de *viser;* et nous concluons de là à l'impossibilité d'apprécier le degré d'obstacle qu'une tache, située au centre de la cornée de l'œil droit, peut apporter à cet acte, si l'on ne met l'organe dans des conditions analogues à celles où il se trouve alors, c'est-à-dire, si l'on ne fait fermer l'œil gauche en même temps qu'on recommande au sujet de diriger l'œil droit sur un objet éloigné. Plusieurs fois nous avons vu des taches de cette espèce, qui recouvraient le champ pupillaire presque en entier lorsque les deux yeux étaient tenus ouverts, n'apporter que peu ou point d'obstacle à la vue, par suite de l'élargissement de la pupille dès que l'œil sain était fermé.

Il est donc vrai de dire que certaines taches, situées au centre de la cornée, n'apportent pas le moindre obstacle à l'accomplissement des fonctions visuelles. Mais ne sont-elles pas des motifs de réforme sous d'autres rapports; par exemple, ne peut-on pas les considérer comme des causes prédisposantes de l'ophthalmie gra-

(1) Longet, *Anatomie et Physiologie du système nerveux*, t. II, p. 355.

nuleuse? Les faits vont se charger de répondre à ces questions. Depuis sept ans, 250 hommes environ, la plupart miliciens, ont été contrevisités à l'hôpital militaire de Louvain, soit par la Commission des pensions, soit par le médecin en chef de l'établissement, concuremment avec moi; 25 d'entre eux présentaient des taies légères situées au centres des cornées et ont été jugés aptes au service. Jusqu'ici aucun de ces hommes n'a paru à l'institut. Ce fait, il est vrai, ne prouve pas précisément que ces militaires n'aient pas contracté l'ophthalmie, mais il démontre au moins que, s'ils en ont éprouvé quelque atteinte, il n'en est résulté ni accident, ni altérations graves, de nature à nécessiter, aux termes des instructions ministérielles du 2 septembre 1839, leur envoi à l'institut de Louvain.

En présence de ces résultats, nous nous sommes souvent demandé si d'autres affections oculaires, généralement envisagées comme causes prédisposantes de l'ophthalmie granuleuse, exerçaient effectivement une influence quelconque sur le développement de cette maladie. En consultant les faits, nous n'avons pas été peu surpris d'arriver à des conclusions négatives. Voici ces faits : Depuis huit ans, nous avons observé, dans notre service, un grand nombre de malades affectés de cataracte, de glaucome, de choroïdite, de kératite, de blépharite ciliaire, etc., qui ont séjourné quelquefois fort longtemps dans les casernes, dans les salles des granulés, ou dans les hôpitaux, et ont été ainsi exposés, durant tout ce temps, à l'influence du principe contagieux de l'ophthalmie granuleuse, sans que cependant ils aient présenté la moindre atteinte de cette affection. Il y a plus : quand nous avons observé, sur des malades, des granulations existant avec l'une des affections mentionnées plus haut, nous avons presque toujours acquis la certitude que le développement des granulations avait précédé celui de l'autre affection. Nos salles renferment encore actuellement trois malades qui se trouvent atteints, l'un de cataracte glaucomateuse, un autre d'irido-périphakite, le troisième de cataracte capsulo-lenticulaire, et qui tous les trois sont exempts de granulations. Le dernier est un sergent du 11e de ligne, qui a éprouvé les premiers symptômes de sa maladie il y a huit ans, et qui, ayant été, depuis cette époque, chargé de la surveillance de la salle des granulés de son bataillon, s'est trouvé continuellement plongé, le jour comme la nuit, dans une atmosphère riche en principes contagieux.

Voici maintenant un dernier fait qui me paraît concluant :

En 1840, l'administration des hospices de Malines m'appela à donner des soins à l'établissement des orphelines, où régnait, depuis

23 mois, une ophthalmie grave. L'institution renfermait en ce moment 66 jeunes filles, dont 64 présentaient l'ophthalmie granuleuse à des degrés différents de développement. Deux seulement avaient échappé à l'influeuce épidémique : c'étaient précisément les seules qui, au moment de l'invasion de l'ophthalmie dans l'établissement, se trouvaient souffrir des yeux. Lors de ma première visite, l'une d'elles était atteinte d'une kérato-conjonctivite scrofuleuse accompagnée d'une blépharodénite dont elle souffrait depuis quatre ans; l'autre présentait une amblyopie congestive dont l'invasion remontait à trois ans.

Ces faits ne sont-ils pas de nature à établir que tout mouvement fluxionnaire fixé sur l'une des parties constituantes de l'œil, loin de favoriser le développement de granulations palpébrales, semble, au contraire, être un obstacle au travail qui s'opère dans la conjonctive *contagionée*, et en vertu duquel les granulations se forment? C'est là une simple assertion de ma part, que je soumets à l'examen de mes confrères, et dont je ne chercherai pas, pour le moment, à donner l'explication. Quoiqu'il en soit, on aurait tort de rejeter une opinion, quelque opposée qu'elle soit aux idées généralement reçues, alors que ces idées ne reposent pas sur un ordre de faits bien établis. Or, ceux qui s'occupent d'ophthalmologie savent que l'opinion, qui considère aujourd'hui ces diverses affections oculaires comme des causes prédisposantes de l'ophthalmie de l'armée, est une opinion établie *à priori* et qui ne s'appuie sur aucune donnée certaine. N'est-il pas vrai encore que, malgré les nombreux travaux qui ont paru sur l'ophthalmie de l'armée, le mode de développement des granulations, leur structure intime, etc., questions dont personne ne contestera l'importance, sont encore aujourd'hui une énigme dont nous ne connaissons pas le premier mot? Le médecin militaire ne voit-il pas, tous les jours, se passer sous ses yeux, des faits relatifs au développement, à la marche, aux terminaisons des granulations, dont il ne peut, dans l'état actuel de nos connaissances, se rendre compte, et qu'éclairciraient peut-être de nouvelles recherches sur ces productions pathologiques? Ne nous hâtons donc pas de repousser des faits dont l'explication nous échappe; mais que ces faits deviennent plutôt, pour nous, des motifs qui nous engagent à poursuivre nos investigations.

Taches compliquées. — Il ne peut être question ici des diverses complications qui, à elles seules, constituent des causes suffisantes de réforme. Nous n'avons à nous occuper que des complications secondaires, accessoires, locales ou générales, susceptibles d'augmenter la gravité des taches de la cornée, ou constituant une pré-

disposition à contracter l'ophthalmie de l'armée; tels sont, par exemple, le tempérament lymphatique prononcé, la diathèse scrofuleuse, une constitution faible ou débilitée, l'existence d'une blépharite légère, d'une grande irritabilité oculaire, de granulations ou d'engorgement chronique des conjonctives, etc. Voici, dans ces cas, la ligne de conduite que nous nous sommes tracée : toutes les fois qu'un milicien se présente à nous avec des taches sur les cornées, qui ne sont pas de nature à occasionner l'inaptitude au service par l'obstacle qu'elles opposent au libre exercice de la vue, et qu'en même temps nous rencontrons sur cet individu une des lésions ou des dispositions morbides signalées ci-dessus, ou d'autres analogues, nous n'acceptons pas cet homme, parce que nous avons remarqué que, quand l'ophthalmie de l'armée se développe au milieu de ces circonstances, elle prend un caractère fâcheux : elle est opiniâtre, de longue durée, et compromet souvent l'existence des fonctions visuelles, par les progrès rapides des taches dont la cornée se trouve recouverte.

Ainsi donc, pour résumer notre travail, nous dirons :

1° Les taches de la cornée, non compliquées, ne constituent un cas d'exemption que pour autant qu'elles forment un obstacle suffisant et réel à l'exercice de la vue ;

2° Les taches compliquées d'une ou de plusieurs des affections ou dispositions morbides, que nous avons signalées, entraînent toujours avec elles l'inaptitude au service ;

3° Les taches simples de la cornée, ainsi que d'autres affections oculaires, telles que la cataracte, l'iritis, la choroïdite, le glaucome, la kératite, la blépharodénite, etc., loin de constituer une cause prédisposante de l'ophthalmie granuleuse de l'armée, semblent être, au contraire, un obstacle au travail intime qui préside à son développement.

(*Archives de la médecine militaire*, février 1848.)

IVRESSE IODIQUE ;

Observation communiquée par H. Decondé, médecin de régiment.

Neyens (Nicolas), gendarme de la compagnie de Luxembourg, âgé de 55 ans, était entré à l'infirmerie d'Arlon le 20 août 1845, réclamant sa pension pour une dartre pustuleuse située au front (*acne indurata*), qui le mettait dans l'impossibilité de supporter la pression et le poids du kolback. Comme il pouvait continuer à servir, ainsi qu'il l'avait fait depuis plusieurs années, en rempla-

çant le kolback par le bonnet de police, il fut renvoyé de l'infirmerie pour reprendre son service. Dirigé ensuite, par son chef, sur l'hôpital de Louvain pour y être traité, il y arriva le 24 septembre 1845, et en sortit le 20 février 1846, après un séjour de 5 mois, durant lesquels il fut soumis à un traitement soutenu par l'iodure potassique qui lui procura la guérison de son infirmité.

Pendant les derniers temps qu'il resta à Louvain, il éprouva dans les pieds une sensation pénible de chaleur qu'il attribua à l'échauffement produit par les pantoufles délivrées par l'établissement, mais il n'en dit rien. Le jour même de sa sortie pour se rendre au chef-lieu de sa brigade (Vieil-Salm), cette chaleur devint douloureuse et des plus incommodes; il s'y joignit un tremblement des membres, et le malade éprouva tous les sentiments de l'ivresse. Voici les accidents divers qu'il ressentit : incertitude et balancement dans les mouvements, vacillation des membres inférieurs, espèce d'ivresse, vertiges, yeux hagards, hébétés; vue très-affaiblie et ne s'étendant pas au loin; les objets lui paraissaient souvent doubles et soumis à un mouvement de rotation. Tous ces phénomènes persistèrent pendant plusieurs semaines. Vers le 30 mars, il s'en présenta un nouveau. Voulant manger, Neyens s'aperçut qu'il ne pouvait plus mouvoir les lèvres ni les joues; les muscles des deux côtés de la face étaient paralysés, en sorte que les aliments passant et repassant incessamment entre les dents et les joues, il était forcé de les refouler au moyen des doigts; parfois les parois buccales s'interposaient entre les dents et en étaient blessées. Il eut, en outre, dans le dos, la tête et les membres, des sensations vagues qu'il ne put définir.

Rentré, le 1er avril, à l'infirmerie d'Arlon, il reste guéri de sa dartre, quelques pustules seulement se montrent de temps en temps sur le front; mais il continue à éprouver, au même degré, tous les phénomènes que nous venons d'énumérer : marche titubante, vertiges, vue faible, physionomie ivre; la parole est saccadée, bruyante, et les yeux semblent portés plus en dehors que dans l'état normal. Le pouls est régulier, un peu plus fréquent que dans l'état de santé, il n'est ni plein, ni dur; la face ne présente pas cette pâleur des sujets atteints d'un tremblement mercuriel, ni cette injection de ceux en proie au délire nerveux des ivrognes; la pupille n'est ni dilatée, ni contractée; la langue est nette, l'appétit est bon, quoique le malade ne mange pas beaucoup; les organes abdominaux et thoraciques fonctionnent régulièrement (la percussion et l'auscultation ne laissent aucun doute à ce sujet); le sommeil est bon.

Une saignée de dix onces est pratiquée, et le sang, examiné

24 heures après, nous donne deux onces et demie environ de sérosité roussâtre, légèrement trouble ; le reste du sang forme un caillot qui est partout adhérent au vase ; aucune apparence de fibrine ne se fait remarquer ; le coagulum est d'un rouge assez vif à sa partie supérieure, il est sans fermeté, sans cohésion.

Nous avons recueilli les urines du malade, afin de nous assurer si elles contenaient de l'iodure potassique. A cet effet, M. le pharmacien d'Ans et moi avons suivi un procédé indiqué par le docteur Mialhe (1). Disposant sur une rangée huit capsules en verre, nous avons mis dans chacune d'elles deux grammes d'urine recueillie pendant la nuit, et nous y avons ajouté un gramme de solution d'amidon à l'état d'empois récemment préparé ; ensuite nous avons versé une goutte d'acide nitrique dans la première capsule, deux gouttes dans la deuxième, trois dans la troisième, et ainsi de suite jusqu'à la huitième. Après avoir remué avec une petite tige en verre pour opérer mieux le mélange, nous avons examiné attentivement ce qui s'est passé.

Dans les trois premières capsules, c'est-à-dire, dans celles qui ne contenaient qu'une, deux ou trois gouttes d'acide, il ne s'est rien manifesté de bien sensible. Dans celles qui contenaient quatre et cinq gouttes, la liqueur avait une teinte rose déjà assez prononcée ; mais dans les capsules n°s 6, 7 et 8, cette teinte se montrait parfaite, ayant un reflet violacé bien décidé. Ce résultat est celui indiqué par M. Mialhe, et avant lui par MM. Rose, Bonjean et Liebig, comme démontrant la présence de l'iode à l'état salin.

Nous devons conclure de ce qui précède, qu'à l'époque où cet homme est entré en traitement à l'infirmerie d'Arlon, le long laps de temps écoulé depuis sa sortie de l'hôpital de Louvain, c'est-à-dire près de six semaines, n'avait pas suffi pour éliminer l'iodure qui passe cependant pour un agent dont l'économie se débarrasse rapidement.

Notre traitement eut dès lors pour objet d'éliminer l'iodure dont les organes pouvaient encore être imprégnés ; nous eûmes, par conséquent, recours successivement et alternativement aux sudorifiques, aux diurétiques et aux purgatifs, auxquels nous associâmes des calmants du système nerveux.

Le 1er mai, un mois après l'expérience que nous venons de mentionner, on soumit aux mêmes essais chimiques l'urine du malade, excrétée pendant la nuit et recueillie le matin. Cette fois le résultat fut complétement négatif ; il ne différa en rien de celui

(1) *Traité de l'Art de formuler*, ou *Notions de pharmacologie appliquée à la médecine.*

que nous obtînmes en opérant sur l'urine des sujets en parfaite santé.

Les réactions ne démontrant plus la présence de l'iode, l'action sur les émonctoires devenait dès lors entièrement inutile. Nous eûmes recours à divers antispasmodiques administrés à petites doses, aux toniques, aux bains froids et à un régime fortifiant. Ce traitement, qui eut d'abord quelque efficacité, finit par ne plus avoir le moindre effet.

Vers le commencement de juin, nous eûmes recours à la strychnine, à cause de la grande analogie qui existait entre l'état du malade et les tremblements divers produits par le plomb et le cuivre, ainsi que l'état nerveux de quelques hystériques, cas dans lesquels ce médicament a eu des effets avantageux. D'ailleurs, l'affection nerveuse que nous avions à combattre était évidemment un état de faiblesse semblable au premier degré de la paralysie essentielle. La strychnine fut prescrite à la dose de 1/16 de grain d'abord, 1/8 ensuite, et pendant 3 ou 4 jours, 1/5. Cette médication, complétement inoffensive dans le principe, amena, au bout de quinze jours, quelques élancements et secousses dans les membres ; son effet se fit surtout sentir sur l'appareil génital, et des érections, accompagnées d'idées érotiques, vinrent assaillir le malade, pendant la nuit.

Ce médicament, continué pendant trois semaines, n'ayant point amené de résultats avantageux, nous y renonçâmes, et nous nous bornâmes à faire de l'expectation.

Voici l'état dans lequel Neyens se trouve actuellement : il éprouve toujours le même sentiment d'ivresse ; sa vue est encore très-faible mais n'est plus double ; sa marche est plus assurée, quoique parfois il vacille encore ; quelquefois ses muscles tremblotent, il est pris de frémissements ; bien souvent il ne reçoit pas l'impression du sol sur lequel il se meut, et trébuche facilement. Il ressent de fréquentes douleurs dans les mollets, surtout lorsqu'il monte un escalier ; quand il est fatigué, ses jambes se refusent entièrement au mouvement ; il existe dans ces parties des fourmillements qui se portent de l'origine vers les extrémités, et ces mouvements sont accompagnés d'une sensation tantôt de chaleur, tantôt de froid. C'est cette dernière qui prédomine aujourd'hui, mais avant les traitements que le malade a subis, il éprouvait plus souvent de la chaleur. Point de céphalalgie, point de douleur le long de la colonne épinière, même lorsqu'on la comprime fortement. Le relâchement instantané des joues ne s'est plus représenté ; mais il y a eu à plusieurs reprises un tremblement de la langue qui ne pouvait être maîtrisé. Pendant l'emploi de la strychnine, les

selles furent rares ; aujourd'hui elles sont régulières et quotidiennes. La dartre pustuleuse a reparu dans toute sa force, et le malade, complétement découragé, semble tombé dans une véritable hypochondrie qui nous fait craindre une démence prochaine. Il parle à chaque instant de se faire administrer les derniers sacrements.

Cette observation a plusieurs enseignements :

1° L'économie ne se débarrasse pas toujours aussi rapidement de l'iode, qu'on se l'imagine : après en avoir cessé l'usage depuis six semaines, l'urine peut encore en accuser la présence ;

2° Les effets des iodures peuvent persister longtemps, peut-être même indéfiniment ;

3° Considérés généralement comme peu graves, ces effets le sont quelquefois à un haut degré. La perturbation que l'usage soutenu des iodures amène dans l'économie, surtout dans les fonctions du système nerveux, peut occasionner un trouble très-inquiétant, qui nous paraît être de nature paralytique ;

4° Ne doit-on pas se demander enfin s'il est opportun de guérir une dartre pustuleuse qui existe depuis le jeune âge, chez un sujet de 55 ans, et qui ne fait que le gêner dans le port d'une coiffure lourde, en l'exposant aux dangers d'une longue et puissante médication dont les inconvénients sont si grands ?

Arlon, juillet 1846.

Nota. J'ai appris, depuis mon départ d'Arlon, que Neyens a fini par perdre complétement la tête, qu'il s'est jeté par une fenêtre d'un premier étage, et qu'il s'est cassé la jambe. Cet homme doit avoir succombé aux suites de cette fracture, vers la fin de novembre de la même année.

(*Archives de la médecine militaire*, février 1848.)

OBSERVATION D'AMAUROSE SURVENUE PENDANT LA PARTURITION.

Note lue à l'Académie royale de médecine de Belgique, par le docteur FLORENT CUNIER.

La note dont je vais avoir l'honneur de donner lecture à l'Académie a été rédigée pour être communiquée à M. le docteur Sichel dont l'avis était sollicité.

« Mon cher et très-savant confrère,

Conformément au désir de M. V..., je vais vous exposer l'histoire de la maladie de sa femme, qui vient d'être frappée de cécité pendant la parturition.

« Madame V..., blonde, aux yeux bleus et à fleur de tête, est

âgée de 20 ans; elle est frêle et d'une irritabilité extrême. Elle a été atteinte dans son jeune âge de rougeole, de scarlatine, et plus tard de varicelle. La menstruation s'est établie à 15 ans et demi. Cette fonction a été parfaitement régulière pendant sept mois; elle s'est troublée alors, après deux mois de séjour dans un pensionnat à Paris. M. Bouillaud, qui fut consulté, jugea prudent de renvoyer la jeune personne dans sa famille.

« Les règles, en retard de plus de quarante jours, reparurent pendant le voyage de Paris à Rotterdam; elles se manifestèrent à l'époque naturelle le mois suivant.

« Une toux nocturne dont M. Bouillaud s'était fortement préoccupé, et que M. Everard (de La Haye) considérait comme alarmante, avait complétement cessé dès la fin de la première quinzaine qui avait suivi le départ de la pension.

« Après un séjour de sept semaines dans sa famille, madame V... (alors mademoiselle L... S...) retourna à Paris. Elle fut réglée le lendemain même de son arrivée; mais dès le mois suivant il y eut un retard de douze jours, et la perte sanguine fut presque nulle. Ce fut la dernière fois que cette fonction se manifesta pendant les huit mois qui furent encore passés à Paris.

« Lorsque notre pensionnaire fut enfin renvoyée à ses parents (sur les instances de M. Valléix, qui avait remplacé M. Bouillaud en qualité de médecin traitant), elle était affectée d'une chlorose qui avait résisté aux divers moyens mis en usage.

« Je vis mademoiselle L... S... à son passage à Bruxelles. Je trouve, dans une consultation que je lui ai remise pour son médecin en Hollande, la description suivante de son état :

» « Pâleur transparente de la peau; blancheur des lèvres et des « conjonctives; bouffissure de la lèvre supérieure et des paupières, « qui sont comme œdémateuses; œdème des pieds et des mains; « abdomen légèrement tendu, mais non douloureux; langue aride; « perte presque absolue de l'appétit; vomissements après l'inges- « tion de certains aliments ou boissons (viandes à la sauce blanche, « thé, lait, eau sucrée, etc.); constipation opiniâtre; pouls petit, « fréquent; battements continus du cœur et des artères du cou, « qui offrent un bruit de soufflet très-prononcé; gêne de respira- « tion telle que la malade ne peut se donner aucun mouvement. « Depuis quinze jours il s'est manifesté une céphalalgie occipitale « accompagnée de bourdonnements. Cette céphalalgie prive com- « plétement de repos et a déterminé une inquiétude extrême; elle « s'améliore pour quelques instants chaque fois que des larmes « peuvent être versées en abondance.

« Il existe du côté gauche un strabisme externe assez prononcé

« avec dilatation considérable de la pupille et un certain degré de « ptosis palpébral; la vision de cet œil est presque nulle; les « objets placés à droite sont vus doubles, mais seulement lorsque « les deux yeux concourent à la vision.

« Une application de sangsues derrière les oreilles, et un lave- « ment au sirop de mélasse (aussitôt suivi d'une garde-robe) pro- « duisirent immédiatement un grand soulagement. La céphalalgie « diminua, et il y eut un sommeil calme et non interrompu, de deux « heures d'abord, puis de cinq quarts d'heure. — Une nouvelle ap- « plication de sangsues, instituée le lendemain matin, fut suivie, « dans l'après-midi, de la disparition presque complète de la cé- « phalalgie. Quelques cuillerées à café de consommé furent deman- « dées et prises avec goût. » «

« La malade quitta Bruxelles après un séjour d'environ quatre semaines; elle prenait depuis seize jours les pilules de Blaud, et le retour à la santé avait déjà fait les progrès les plus remarquables.

« Ainsi, le bruit des artères avait totalement disparu; les battements de cœur avaient cessé de tourmenter; le pouls avait perdu sa fréquence et commençait à prendre quelque ampleur; la respiration était assez libre pour que dix marches d'escalier pussent être gravies aisément; la coloration des lèvres et des conjonctives était revenue; il n'existait plus ni bouffissure ni œdème; l'appétit devenait chaque jour meilleur; l'estomac supportait facilement une nourriture composée de viandes blanches rôties et grillées, de légumes verts bien cuits, pris par petites quantités, une boisson composée de bière houblonnée ou d'eau rougie; les garde-robes avaient lieu régulièrement (une seule fois, dans la dernière semaine, il avait fallu recourir à un lavement); les urines étaient abondantes; plus de céphalalgie ni de bourdonnements; nuits bonnes; gaieté. Le strabisme avait cessé; il en était de même de la diplopie et du ptosis; la dilatation pupillaire subsistait, et la vision (qui ne s'exerçait pas mieux à travers un trou percé dans une carte) gagnait peu.

« Le traitement à continuer consistait dans l'usage des pilules de Blaud, qui étaient prises à la dose de trois, matin, midi et soir; vésicatoire derrière l'oreille gauche. On y joignit le séjour à la campagne, l'exercice en plein air, et des frictions fronto-temporales avec la strychnine (1 grain) dissoute dans la teinture alcoolique de noix vomique (ʒ jv). Plus tard, emploi des verres de lunettes selon la méthode que j'ai fait connaître.

« Ces moyens avaient été continués pendant cinq mois, lorsque je revis mademoiselle L... S... qui me dit n'avoir jamais été aussi bien portante. La menstruation s'était rétablie dès la fin du

deuxième mois qui avait suivi l'administration des pilules de Blaud ; la vision avait commencé à s'exercer quelques jours après le départ de Bruxelles, et sous l'influence de la gymnastique oculaire, elle était revenue au point de ne laisser rien à désirer.

« Suivant mon conseil, on n'a plus songé à la pension, et une institutrice a été chargée d'achever l'éducation. L'année suivante, après deux saisons passées, l'une à Liebenzell, l'autre à Hombourg et à Spa, mademoiselle L... S..., toujours en bonne santé, est devenue madame V...

« Des symptômes non équivoques de grossesse se sont manifestés dès le second mois après le mariage. Les premiers temps se sont très-bien passés ; mais, du cinquième au septième mois, madame V... a éprouvé de vives contrariétés et a perdu une sœur qu'elle affectionnait beaucoup. Elle a été bientôt privée d'appétit ; elle est devenue pâle, morose, indolente. D'après le conseil d'un de nos médecins, elle est allée passer quelques semaines en Hollande, et à son retour, elle avait récupéré la santé et la gaieté.

J'ai cru, mon cher et très-savant confrère, devoir vous exposer tous les détails qui précèdent, afin de vous mettre mieux à même de répondre au vœu de M. V... et de formuler votre avis relativement à l'affection oculaire que j'ai à combattre en ce moment, et dont je vais vous entretenir.

« M. V... est venu me prier mercredi soir (15 mars) de me rendre chez lui, à 25 minutes de Bruxelles, pour donner mes soins à sa femme qui, disait-il, avait été frappée de cécité complète quelques heures auparavant, à la suite de la parturition. Arrivé auprès de la malade à 7 heures du soir, voici ce que m'apprit l'accoucheuse :

« Elle se trouvait auprès de l'accouchée dès 8 1/2 heures du matin. Le col de la matrice n'avait encore subi qu'une dilatation à peine appréciable ; les douleurs, qui paraissaient avoir été assez fortes depuis 6 jusque vers 8 heures, ne se manifestaient plus que faiblement et par intervalles éloignés. Vers 10 heures, il était survenu quelques mouvements convulsifs des muscles des extrémités inférieures et de la face ; il y avait de l'agitation ; les idées paraissaient troublées. Dans le but d'activer le travail et d'éviter un accès d'éclampsie, l'accoucheuse avait pratiqué une saignée de 8 onces, en attendant la venue du chirurgien dont elle avait réclamé le concours. Aussitôt après l'évacuation sanguine, les contractions utérines s'étaient réveillées et des douleurs très-vives s'étaient déclarées ; le col n'avait pas tardé à se dilater. Entre 1 1/2 et 2 heures, la poche des eaux s'était rompue ; à 3 heures, l'accouchement avait eu lieu d'une manière précipitée.

« Presque immédiatement, madame V... avait été prise de mouvements convulsifs violents, mais de courte durée ; elle s'était rejetée sur son oreiller, la face vultueuse, et privée de sentiment. On lui avait fait respirer des sels ; on avait appliqué des révulsifs aux extrémités et des compresses froides sur la tête. La circulation s'était bientôt ranimée, la respiration rétablie ; mais ce ne fut qu'après une heure environ que l'accouchée revint complétement à elle, en s'écriant qu'elle avait perdu la vue. Les yeux étaient largement ouverts, et bien qu'il fît très-clair dans l'appartement, elle se croyait plongée dans l'obscurité la plus profonde.

« Malgré le trouble produit parmi l'assistance à la suite de cet accident, l'accoucheuse s'était empressée d'extraire le placenta, et elle attribuait l'amélioration survenue à la petite hémorrhagie occasionnée par cette opération.

« Voici ce que je notai :

« L'accouchée est dans une prostration absolue ; ce n'est que par intervalles qu'elle semble comprendre son état : elle répond difficilement aux questions qui lui sont adressées. La tête est brûlante ; la face n'est nullement animée ; les jugulaires sont gonflées ; les battements des carotides peu prononcés ; pouls à 80 ; extrémités froides. Les yeux sont hagards ; les conjonctives oculaires, fortement injectées, sont ecchymosées dans les angles ; les pupilles sont dilatées à ce point que l'iris n'offre plus, de chaque côté, qu'un anneau étroit ; nulle sensation de la lumière de la bougie promenée au-devant des yeux.

« *Prescription.* — Dix sangsues de chaque côté, le long des jugulaires : faire saigner les piqûres le plus longtemps qu'il sera possible ; application de glace sur la tête ; manuluves sinapisés ; repos.

Jeudi matin, à 10 *heures.* — Madame V... est très-calme ; ses réponses sont précises et ne se font plus attendre. Elle a dormi pendant plus de cinq heures ; à son réveil, elle a eu une selle abondante. L'injection conjonctivale a pour ainsi dire disparu ; les ecchymoses ont considérablement pâli ; les jugulaires sont complétemente dégorgées. — La dilatation pupillaire paraît n'avoir pas diminué depuis hier soir ; la vision reste abolie, seulement la malade dit reconnaître que l'obscurité n'est plus aussi prononcée depuis une heure environ.

« *Hier soir, vers* 10 *heures*, après que les sangsues eurent cessé de couler, il s'est manifesté une douleur très-vive siégeant de chaque côté sous la bosse pariétale ; les yeux étaient en même temps douloureux et comme tirés dans les orbites. Ces douleurs ont été de courte durée ; au réveil, la douleur pariétale est revenue, mais

beaucoup moins intense ; la tête ne peut être mue sans que cette souffrance soit réveillée, rendue intolérable pour quelques instants ; les yeux deviennent alors le siége d'élancements.

« Rien d'anormal dans les suites de l'accouchement. Pouls à 80.

« *Prescription.* — Cinq sangsues derrière chaque oreille. Continuer les applications de glace. Manuluves sinapisés. De deux heures en deux heures, il sera pris une des poudres suivantes :

Protochlorureti hydargirii. . . . gr. vj ;
Camphorae pulv. . . . . gr. ij ;
Sacch. alb. pulv. . . . . gr. xxx ;
M. Divide in doses aequales. nº vj ;

« Pratiquer, d'heure en heure, une onction douce sur le front et les tempes avec gros comme une noisette d'onguent napolitain.

« *Sept heures du soir.* — La douleur sous-pariétale est intolérable ; les élancements oculaires sont moins prononcés. Réaction nulle. Une selle depuis le matin.

« *Prescription.* — Raser la tête, de manière à permettre une application de trois sangsues sur chaque bosse pariétale.

Dès que les sangsues eurent pris, la douleur s'amoindrit. L'écoulement sanguin fut entretenu avec soin pendant plus de deux heures.

« Notablement diminuée vers 10 heures, la douleur avait entièrement cessé à minuit ; presque aussitôt la malade s'était endormie d'un sommeil tranquille qui avait duré jusque vers 6 heures du matin.

Vendredi à 10 heures du matin. — Calme parfait. Les pupilles ont perdu un bon tiers de leur dilatation, elles réagissent manifestement à la lumière. La malade reconnaît la direction des croisées et distingue les mouvements que j'exécute avec la main, sans pouvoir indiquer quel est l'objet interposé entre son œil et la lumière.

« *Prescription.* — Large vésicatoire à la nuque. Continuer les poudres de calomel.

« A midi, je confère avec M. le docteur Van Huevel, dont j'avais réclamé l'adjonction dès la veille. M. Van Huevel doit m'accompagner le lendemain, samedi, chez la malade.

« M. V... est venu me trouver vers 2 heures, cet après-midi, pour me prier de vous envoyer immédiatement la relation de la maladie de sa femme, relation qu'il m'avait prié de rédiger lors de ma visite du matin. Je m'étais mis à l'œuvre dès mon retour, et pour satisfaire son impatience, je m'empressai d'achever ma lettre. Arrivé à l'historique de la journée, il m'a prié d'interrompre ma

narration pour aller revoir la malade et vous faire part des modifications survenues depuis le matin.

« Il était 4 1/2 heures lorsque nous sommes arrivés à son domicile. Nous avons trouvé la famille dans la plus grande joie. Depuis une heure, madame V... avait complétement récupéré la faculté de voir. Elle s'était endormie vers 2 1/2 heures. Son sommeil avait duré environ trois quarts d'heure. Quelques minutes après son réveil, elle s'était aperçue du retour de la vision : elle ne pouvait d'abord croire que ce fût réel ; son agitation était vive, et l'on a eu beaucoup de mal à lui faire comprendre qu'elle devait rester calme. Elle ne put retenir ses pleurs en voyant son mari. Une potion calmante qu'elle réclama avec instance fut administrée.

« Lorsque l'agitation fut passée, je pus examiner les yeux. Les pupilles étaient normalement contractées et réagissaient parfaitement ; les objets étaient aisément reconnus, mais madame V... ne put indiquer l'heure que marquait ma montre.

« Il existait une salivation assez abondante dont je n'avais reconnu aucun prodrome le matin. Le vésicatoire avait pris avec une grande promptitude et faisait souffrir.

« J'éloignai les assistants et recommandai de laisser la malade dans la plus parfaite tranquillité.

Le vésicatoire fut pansé avec la pommade de garou, et une décoction d'orge aluminée fut prescrite pour lotionner la bouche.

Samedi matin, 9 heures. — La nuit a été bonne ; les suites de l'accouchement et les diverses fonctions sont régulières. Une tasse de tisane de poulet a été prise à 8 heures avec appétit.

« La vision a gagné depuis hier ; il ne reste plus qu'un certain degré d'hébétude visuelle.

« Une indisposition m'ayant retenu chez moi hier dimanche, ce n'est que ce matin que j'ai pu me rendre de nouveau chez madame V..., qui avait fait placer un pupitre sur son lit, et que j'ai trouvée occupée à écrire. Elle lit aisément le caractère ordinaire d'impression ; mais elle doit tenir le livre à une distance de 12 à 15 pouces. A une distance plus rapprochée, elle se fatigue immédiatement et le caractère s'embrouille.

« Le vésicatoire du cou étant douloureux, je l'ai fait panser avec le cérat ; un emplâtre vésicant a été placé au bras.

« La terminaison heureuse de la maladie de madame V... a rendu sans objet la note à consulter que j'avais rédigée à la hâte ; je me suis cependant cru obligé, mon cher et très-savant confrère,

de la compléter et de vous la transmettre. Mon intention est de livrer cette observation à la publicité, et je serai heureux de la faire suivre des réflexions qu'elle vous suggérera.

Dr F. Cunier.

Bruxelles, le 20 *mars* 1848.

L'Académie me permettra sans doute de lui faire connaître quelle a été la réponse de M. Sichel.

Voici, messieurs, ce que m'écrit cet habile ophthalmologue, sous la date du 23 mars :

« L'observation que vous me communiquez, et sur laquelle vous me faites l'honneur de me demander mon opinion, a, sur plusieurs autres cas semblables qui se sont présentés à moi, ou que j'ai lus, l'avantage d'être relatée d'une manière très-complète et extrêmement lucide. C'est, selon moi, une amaurose cérébrale congestive, développée sous l'influence des efforts de la parturition, efforts dont la suite naturelle est une congestion cérébrale le plus souvent veineuse. On voit quelquefois cette affection se développer à la suite des congestions cérébrales ou d'amblyopies congestives causées par la grossesse. Vous ferez très-bien de publier votre observation, car je ne me rappelle point en avoir lu une aussi complète, et par conséquent aussi instructive. Dans ma pratique, j'ai presque toujours vu les amauroses survenues pendant la parturition présenter le caractère de la congestion cérébrale, quelquefois sub-inflammatoire, et le traitement antiphlogistique dérivatif réussir, pourvu qu'on y ait recours franchement et sans retard. Dans le cas contraire, des épanchements cérébraux impriment à l'affection le cachet asthénique, sans que pour cela la méthode thérapeutique doive être immédiatement changée, ces épanchements cédant mieux aux moyens antiphlogistiques et dérivatifs qu'aux révulsifs employés trop tôt, et surtout qu'aux excitants. Parmi les malades que j'ai traitées de cette espèce d'amaurose, il en est une qui l'a éprouvée dans six grossesses consécutives, tantôt pendant la gestation, tantôt pendant l'accouchement; malgré la cécité complète, elle a été guérie chaque fois. Je regrette que le peu de loisir qui me reste actuellement m'empêche de rechercher si je possède une note sur ce dernier cas fort intéressant et d'entrer dans d'autres considérations sur cette espèce de goutte sereine. Si vous trouvez que mes remarques, telles qu'elles sont, en valent la peine, disposez-en. »

Tous les auteurs qui ont écrit sur l'éclampsie des femmes en couches, rangent l'amaurose au nombre des désordres du système nerveux qui peuvent être la suite de cette affection. Néanmoins la littérature médicale ne possède que fort peu d'observations cliniques relatives à ce genre de cécité. Pour mon compte, je n'en connais que trois, dont deux consignées dans les *Miscellanea Academiae naturae curiosorum*, par Seger (Decad. I, 1672) et par Albrecht (Decad. I, 1672, Ibid. 1690) ; la troisième est rapportée par Michel Alberti dans sa *Dissertatio de visus obscuratione a partu* (Halae, 1732).

Ces faits sont loin de pouvoir servir de guides pour le praticien. C'est pour ce motif que je me suis cru tenu de suivre le conseil de mon savant confrère et ami, M. Sichel, en vous priant de vouloir bien faire insérer dans le *Bulletin de l'Académie* la note dont vous venez d'entendre la lecture. Je m'étais proposé de vous entretenir

d'une autre observation d'amaurose, compliquée de surdité, également consécutive à l'éclampsie puerpérale, et combattue avec succès par des moyens du même genre que ceux auxquels j'ai eu recours chez madame V..., et que recommande M. Sichel. Mais le grand nombre d'objets à l'ordre du jour m'a déterminé à réserver ma narration pour un mémoire que je me propose de publier, et dans lequel je réunirai les faits connus d'amaurose survenue pendant la grossesse ou la parturition. En comparant ces faits entre eux et avec ceux que j'ai eu occasion de recueillir, je pourrai mieux faire ressortir la nature de cette espèce de goutte sereine et la valeur du traitement à lui opposer. Les incertitudes professées à ce sujet par divers auteurs, entre autres par M. Capuron (1) et dernièrement par MM. Lever (2) Ringland et plusieurs membres de la Société médico-chirurgicale d'Irlande (3), les erreurs accréditées par Beer (4), par Demours (5), et par quelques autres, ne justifient que trop l'opportunité d'un semblable travail.

NOTICE SUR L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE QUI A RÉGNÉ DANS LA GARNISON DE BRUXELLES, PENDANT LE MOIS DE JANVIER DE 1848 ;

Par H.-C. Lebeau, médecin de garnison.

Pendant le mois qui vient de s'écouler, une épidémie de grippe a régné à Bruxelles et a fourni un nombre d'entrants plus considérable que d'habitude. Malgré les sorties extraordinaires plusieurs fois répétées, le chiffre des malades a souvent atteint le nombre de 220. Cette affection, bien connue aujourd'hui, désignée par les Italiens sous le nom d'*influenza*, appelée *grippe* par les Français, n'a pas été décrite par les médecins de l'antiquité. Il faut arriver au XVIe siècle pour trouver dans les auteurs des histoires qui se rapportent à l'affection que nous observons actuellement. Le phénomène prédominant de cette maladie, celui qui se montre le plus constamment et qui frappe le plus l'attention, c'est l'inflammation catarrhale de la muqueuse bronchique ; c'est pourtant plus qu'une bronchite intense : la grippe est à la bronchite ordinaire ce que notre typhus est à l'entérite simple, ce que le choléra asiatique est au choléra sporadique. Il n'est pas d'épidémie dont la marche soit aussi rapide que celle de l'affection dont

(1) *Traité des Maladies des femmes*. Édition Hoebeke, p. 273.

(2) *Guy's Hospital Reports*, vol. V, 1847. — Voir *Annales d'Oculistique*, vol. XIX, mars 1848, p. 125.

(3) *Dublin medical Press*, february 9, 1848. — *Annales d'Oculistique*, loc. cit., p. 123.

(4) *Lehre von den Augenkrankheiten*. Bd. 1, S. 572 575.

(5) *Traité des Maladies des yeux*, vol. I, p. 380.

nous nous occupons. Eclate-t-elle sur un point du globe, très-peu de temps après, elle se répand de toutes parts, du nord au sud, de l'est à l'ouest, sur une immense étendue de pays; et les mers qui séparent les continents ne sont pas un obstacle à sa propagation. C'est ainsi que dans l'épidémie actuelle, les rapports venus de St-Petersbourg et de Madrid nous la montrent envahissant presque simultanément ces deux capitales, séparées par une distance si considérable. Aucun climat, aucune saison n'en mettent à l'abri ; si dans nos régions elle se montre le plus généralement à la fin de l'hiver, plusieurs fois pourtant elle a été observée pendant les grandes chaleurs de l'été.

La première épidémie dont nous ayons une bonne description est celle de 1510; on lui donnait à cette époque le nom de *coqueluche*. Les symptômes étaient absolument identiques à ceux que nous remarquons maintenant, et déjà les praticiens avaient reconnu que la saignée et les purgatifs, employés d'une manière générale, produisaient de mauvais effets. Depuis, cette affection s'est montrée à plusieurs reprises, toujours avec les mêmes caractères fondamentaux, et souvent elle a été meurtrière au point d'enlever le quart ou même le tiers de la population de telle ou telle ville. Les médecins qui ont observé ces épidémies s'accordent à considérer cette mortalité comme le résultat de traitements intempestifs, et surtout, je le répète, de l'abus des saignées et des purgatifs. C'est l'opinion d'un des plus grands praticiens du dernier siècle, de Sauvages qui observa cette maladie en 1743.

Les praticiens de toutes les époques et de tous les pays s'accordent également à signaler la grippe comme l'avant-coureur d'épidémies plus graves. Ainsi, en 1580, Forestus remarqua qu'elle fut suivie de fièvres *graves* et même de la peste. Sauvages et Huxham signalèrent la peste qui ravagea Messine et une partie de la Sicile, comme ayant été précédée immédiatement par une épidémie de la même affection.

Les causes de cette maladie sont inconnues. Les auteurs ont indiqué des variations atmosphériques, des brouillards épais et fétides, des apparitions d'insectes (Jussieu) comme donnant lieu à cette affection; mais toutes ces hypothèses tombent devant l'observation plus rigoureuse des modernes. Ceux-ci, en effet, ont fort bien observé l'existence de ces épidémies indépendamment de toutes ces influences plus ou moins imaginaires. Il faut pourtant admettre ici une cause toxique inconnue, dépendant bien plus probablement de quelques perturbations des fluides impondérables auxquels l'homme est continuellement soumis. Quoiqu'il en soit, cette cause paraît frapper profondément le système nerveux et

donner lieu à ces phlegmasies des muqueuses, qui seules peuvent être appréciées physiquement, mais qui ne doivent être considérées que comme secondaires.

La description que nous donnerons plus loin des symptômes ne laissera aucun doute sur l'ébranlement profond, subit, général, du système nerveux. Nous pourrions même signaler certains cas dans lesquels leur prédominance a été telle, que les phénomènes phlegmasiques n'ont paru que très-accessoires.

La grippe est donc essentiellement épidémique. Mais est-elle contagieuse? C'est là une question qui a été résolue négativement par presque tous les auteurs. Ceux qui ont admis la contagion n'ont pas pensé à la rapidité de sa marche; car ce n'est point par transmission d'individu à individu qu'une maladie peut en quelques jours s'étendre sur des milliers de lieues.

Un médecin anglais rapporte un fait des plus concluants contre la théorie de la contagion. En 1782, deux flottes partirent ensemble des côtes d'Angleterre pour des destinations différentes. L'une, commandée par l'amiral Kempenfeld, quitta le 2 mai et alla croiser devant Brest; l'autre, sous les ordres de lord Howe, partit le 6 du même mois pour les côtes de la Hollande : aucune des deux n'aborda, et les équipages étaient dans l'état de santé le plus parfait au moment de l'embarquement. Plus de quatre semaines après, l'équipage du *Goliath*, l'un des vaisseaux de la flotte de Kempenfeld, fut attaqué de l'influenza, au même moment où le *Rippon*, vaisseau de lord Howe, éprouvait le même sort. En très-peu de jours tous les autres vaisseaux, qu'on avait eu soin de tenir à distance, furent frappés, à tel point que, la manœuvre devenant difficile, les deux amiraux furent obligés de rentrer à Portsmouth, vers le milieu de juin, c'est-à-dire environ six semaines après leur départ.

Quelque considérable qu'ait été le nombre des malades que nous avons dû traiter, et malgré la gravité de certains cas, nous n'avons eu aucun décès. Il nous est donc impossible de donner un tableau exact des lésions anatomiques propres à cette affection. Nous ne pouvons, pour les admettre, nous baser que sur des symptômes qui, à la vérité, nous paraissent suffisants.

Les centres nerveux, quoique primitivement frappés, ne nous ont dans aucun cas paru être le siége de lésions de circulation graves. On a pu néanmoins remarquer une certaine hypérémie, effet plutôt que cause des troubles nerveux. Nous ne croyons pas avoir eu à combattre un seul cas de phlegmasie, soit du cerveau, soit de ses membranes.

La muqueuse des voies aériennes, à partir des fosses nasales et

des sinus frontaux jusqu'aux dernières ramifications bronchiques, est manifestement phlogosée. Dans quelques cas, mais plus rarement que dans les épidémies précédentes, la phlegmasie s'est étendue au parenchyme pulmonaire et à la plèvre.

La muqueuse gastrique, hypérémiée dans tous les cas, a été souvent en proie à une phlegmasie vive, étendue, et accompagnée quelquefois du gonflement des glandes de Peyer et de Brünner. Il est à remarquer que ce n'est que dans quelques cas tout à fait exceptionnels que l'ulcération de ces glandes s'est produite.

La muqueuse vésicale a été chez quatre ou cinq malades le siége d'une phlogose évidente. Il en est de même pour la muqueuse du conduit auditif.

Les symptômes, extrêmement variables relativement à leur intensité et à leur extension, sont pourtant assez caractéristiques pour que la maladie ait rarement pu être méconnue : ils se rapportent du reste à ceux décrits par les anciens. Nous ferons observer, pourtant, que l'épidémie actuelle a présenté plus de gravité que toutes celles que nous avons observées personnellement.

Nous allons tâcher de tracer un tableau général des principaux phénomènes morbides.

Les saisons et les différents climats n'ont pas, croyons-nous, une grande influence sur les caractères généraux de l'affection.

Les malades éprouvent d'abord des frissons plus ou moins marqués, accompagnés d'un sentiment de malaise et de prostration; peu après il survient une réaction vive, durant laquelle la peau s'échauffe et rougit d'une manière sensible; puis une céphalalgie frontale violente, dont le siége paraît être dans les sinus. Les yeux sont rouges, sensibles; il existe un commencement de coryza, et bientôt il s'établit dans les fosses nasales un écoulement d'un mucus irritant qui excorie les lèvres et les ailes du nez; cet écoulement est quelquefois extrêmement abondant et d'un jaune orangé. Le larynx est douloureux, chaud; la déglutition est difficile, et cette chaleur et cette douleur s'étendent rapidement à tout l'arbre bronchique.

L'auscultation fournit à cette époque des râles sibilants et muqueux. Il s'établit une toux sèche, âpre, accompagnée d'une douleur excessive derrière le sternum. Les malades éprouvent dans toute la poitrine un sentiment de constriction douloureuse, accompagnée d'une dyspnée quelquefois assez intense pour faire craindre l'asphyxie. En même temps, il y a des points douloureux dans toutes les parties du thorax.

Les voies gastriques s'embarrassent; il y a anorexie, soif; le ventre est ballonné : la constipation qui survient d'abord est sui-

vie bientôt d'une diarrhée qui, chez quelques malades, a été sanglante. La langue est généralement blanche et crémeuse; chez quelques malades, surtout quand les glandes de Peyer et de Brünner sont affectées, elle devient collante, ensuite sèche, râpeuse, noirâtre. Qnelques malades ont eu des vomissements au commencement de l'affection.

Les symptômes des centres nerveux sont au début tellement semblables à ceux de l'entéro-mésentérite typhoïde, qu'il est impossible, au premier abord, d'établir un diagnostic certain ; nous avons observé seulement qu'ils se dissipent plus promptement.

La peau, chez quelques malades, est recouverte, dans toute son étendue, d'une éruption miliaire; des taches entièrement semblables aux tâches rosées de l'entéro-mésentérite typhoïde existent sur toute la peau du tronc et des membres. Ce dernier phénomène pourrait bien n'être qu'une coïncidence, car nous l'avions remarqué avant l'épidémie.

Contrairement à l'opinion de quelques observateurs du dernier siècle, l'apparition de l'influenza n'a pas fait disparaître certains exanthèmes qui régnaient épidémiquement quelque temps auparavant; la scarlatine et la variole se sont montrées sur certains individus en même temps que les symptômes de la grippe. Nous citerons encore comme une particularité de cette maladie la tendance aux récidives. Souvent, après six ou huit jours de convalescence apparente, le mouvement fébrile, la toux, l'expectoration ou la diarrhée reparaissent. Les recrudescences ont été plus souvent remarquées chez les individus qu'on avait été obligé de saigner.

La convalescence est longue, difficile; les malades conservent longtemps une pâleur morbide et un état de torpeur et de faiblesse qui ne se dissipent que lentement.

Nous n'avons pas à parler des phénomènes qui annoncent et précèdent immédiatement une terminaison fatale; nous avons appris seulement que la plupart des vieillards, qui ont succombé, sont morts dans un état d'asphyxie produit par l'engouement des bronches.

Notre traitement a été simple et peu varié; dans deux ou trois cas, nous avons cru devoir combattre les phénomènes ataxiques ou adynamiques : les premiers par le camphre, le musc et l'opium; les autres par l'emploi du quinquina, du vin et des toniques diffusibles.

La plupart des malades n'ont reçu que des soins hygiéniques; ils préféraient les boissons froides et acidulées, qui, mieux que toutes les autres, réussissaient à provoquer une diaphorèse utile.

L'opium, même à dose minime, nuisait au début ; plus tard, nous l'avons administré uni à de petites doses d'émétique ou de kermès ; l'eau de laurier-cerise a souvent calmé la toux et les douleurs sous-sternales. Les vésicatoires appliqués sur le thorax, dans les cas d'engouement des bronches, et après la disparition des phénomènes fébriles, ont été d'une utilité incontestable.

La maladie a affecté trois formes distinctes :

1° Prédominance de la phlegmasie de la muqueuse bronchique avec réaction vive;

2° Prédominance de la phlegmasie de la muqueuse intestinale avec adynamie ;

3° Prédominance des symptômes ataxiques.

Dans ce moment, l'épidémie paraît à son déclin.

Les entrants sont moins nombreux et surtout moins gravement atteints.

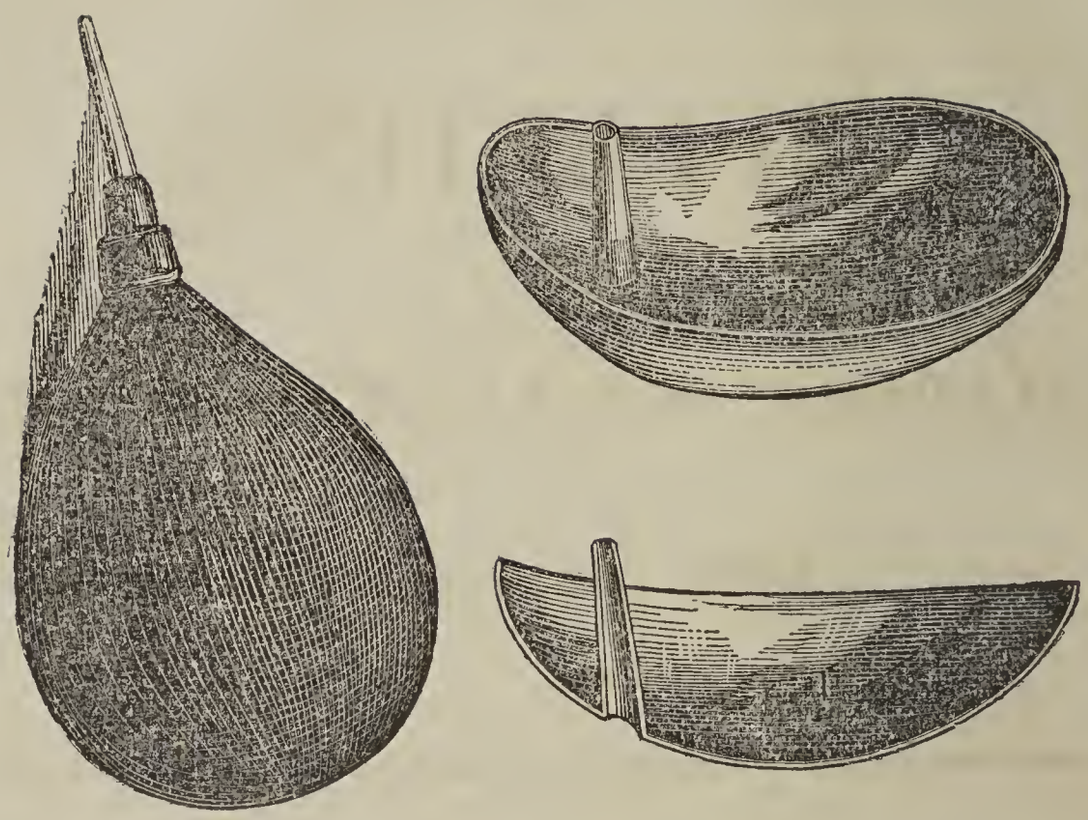
(*Archives de la médecine militaire*, mars 1848.)

MODE D'ADMINISTRATION DU MURIATE DE BARYTE ET DE L'EXTRAIT DE CIGUË EN USAGE A L'INSTITUT OPHTHALMIQUE DE BRUXELLES, DANS L'OPHTHALMIE SCROFULEUSE.

On sait combien il est souvent difficile de vaincre la photophobie qui se manifeste dans l'ophthalmie scrofuleuse chez les enfants *irritables*. Le muriate de baryte réussit assez fréquemment; d'autres fois, il faut recourir à l'extrait de ciguë. A l'Institut ophthalmique de Bruxelles, ces deux médicaments combinés fournissent tous les jours des résultats remarquables : voici la formule de M. le docteur Cunier :

℞ Muriate de baryte gr. xxx.
Extrait de ciguë gr. x.
Eau de laurier-cerise ℥ j.
M.

La dose est de 5 à 8 gouttes 3 fois par jour, pour les enfants de 1 à 3 ans ; de 10 gouttes pour ceux de 3 à 6. Cette dernière dose est répétée 4, 5 et même 6 fois par jour chez les enfants plus âgés.



Baignoire vaginale employée par M. le docteur VICTOR UYTTERHOEVEN, dans certaines affections du col utérin ou des parois du vagin qui réclament l'action prolongée d'un liquide médicamenteux.

Cet instrument permet à la malade de se soigner sans le secours de personnes étrangères et sans s'exposer aux inconvénients de l'écoulement du liquide dans le lit; inconvénients inséparables des appareils à injection ordinaires.

En confectionnant la baignoire en *Gutta-Percha*, ou peut la mouler exactement sur les parties sexuelles.

Le tube d'une *poire en gomme élastique*, comprimé de manière à en expulser l'air, est plongé dans le liquide médicamenteux; celui ci pénètre dans la cavité à mesure que l'on diminue la pression, et remplit peu à peu la totalité de la poire.

Après cette manœuvre préalable, la malade introduit le tube dans l'ouverture de la baignoire placée sur les parties sexuelles, et par une nouvelle pression chasse le liquide dans la cavité vaginale, où il est facile de le retenir en bouchant au moyen du doigt l'ouverture de la baignoire.

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1847-1848. — N° 3.

SÉANCE DU 29 JANVIER 1848. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Communication du Gouvernement.

M. le Ministre de l'Intérieur transmet une copie de l'arrêté royal, en date du 23 décembre 1847, qui accorde à l'Académie la publicité de ses séances. Cet arrêté est conçu en termes :

« LÉOPOLD, Roi des Belges, etc.,

« Vu les statuts organiques de l'Académie royale de médecine;

« Vu l'article 18 de ces statuts, portant entre autres dispositions ;

« Indépendamment des séances privées, l'Académie tiendra annuellement une séance publique ;

« Vu la lettre du Bureau d'administration de ce corps, en date du 15 novembre 1847, n° 2992;

« Sur le rapport de notre Ministre de l'Intérieur,

Nous avons arrêté et arrêtons :

« Art. 1er. Les séances de l'Académie royale de médecine sont rendues publiques.

« Toutefois, la Compagnie se réunit en comité secret, à la de-

mande du Bureau ou de dix membres titulaires; elle décide ensuite, si la séance peut être reprise sur le même objet.

« Art. 2. Le règlement de l'Académie sera modifié conformément à la disposition qui précède. »

— L'assemblée décide qu'elle priera le Gouvernement d'introduire dans son règlement la modification indiquée dans cet arrêté, en remplacement des articles 34 et 35 dont les dispositions seraient annulées.

Suite de la discussion du rapport de la cinquième section, sur la définition du remède secret, considéré au point de vue de la législation.

— *M. le président :* Vous savez, messieurs, que les amendements présentés dans la dernière séance, concernant la définition du *remède secret*, ont été renvoyés à l'examen de la cinquième section. Voici la définition qu'elle vous propose pour être placée immédiatement après la définition du *médicament*, déjà adoptée.

« Est réputé *secret*, tout remède dont la nature ou la composition est tenue cachée ou n'est pas généralement connue. »

— *M. Fallot :* Il est bien entendu que, dans le cas où je donnerais mon assentiment à cette définition, je demanderais au moins la radiation des mots : « généralement connue. » Cette expression me semble trop vague, et le vague est un vice majeur dans une définition ; si on veut la conserver, il faut au moins en préciser le sens. Je propose, par sous-amendement à la définition que j'ai présentée, de considérer comme remède secret, « toute substance annoncée ou débitée comme médicament, sans l'autorisation du Gouvernement. »

Après une discussion, à laquelle plusieurs membres prennent successivement part, on passe au vote.

L'amendement proposé par M. Fallot est le premier mis aux voix; il n'est pas adopté.

Le sous-amendement proposé par M. Mareska est également rejeté.

La définition proposée par la cinquième section est ensuite adoptée.

— *M. le président :* M. Verheyen propose d'ajouter à cette décision une disposition ainsi conçue :

« Il est entendu que la définition, qui vient d'être votée par l'Académie, est également applicable à la médecine vétérinaire. »

Cette proposition est adoptée.

Rapport de la cinquième section sur les falsifications des matières alimentaires. — M. Mareska, rapporteur.

« Messieurs,

« Dans sa séance du 31 mars 1844, l'Académie a demandé à la cinquième section un travail sur les falsifications des boissons et des aliments, et plus tard elle lui a fait parvenir deux Mémoires sur le même sujet qui avaient été envoyés à son examen par M. le Ministre de l'Intérieur.

« Cette demande et les deux communications qui l'ont suivie ont longuement occupé la section, dans plusieurs de ses séances, et c'est le résultat de ses délibérations que je vous présente aujourd'hui, en son nom.

« Lorsque la Compagnie chargea la cinquième section de s'occuper de l'examen des altérations que l'on fait subir aux substances alimentaires et aux boissons, elle venait de discuter un long rapport sur la coloration des bonbons et des jouets d'enfants; elle avait la conscience d'avoir fait une œuvre utile, et elle crut pouvoir rendre des services plus grands en étendant le cercle de ses recherches.

« La section qui avait été chargée de préparer le nouveau travail, et, avouons-le, qui en avait suggéré l'idée, fut saisie presque en même temps d'autres travaux d'une portée au moins aussi élevée et qui pressaient davantage. Elle ne trouva donc que fort tard l'occasion d'étudier la question des sophistications, et lorsqu'elle voulut en entreprendre la solution, dès les premiers pas qu'elle fit, elle s'aperçut de la difficulté de la tâche.

« Evidemment il n'y avait que deux manières d'envisager la question. La section devait se borner à rassembler ou à résumer tout ce qui a été publié sur la matière, ou bien, essayant de reculer les limites de la science, elle devait se livrer à la recherche des moyens analytiques préférables à ceux déjà connus ou propres à déceler des sophistications encore impossibles à constater ou à découvrir. Le premier mode l'entraînait dans un travail dont l'utilité n'eût pas été en rapport avec les peines qu'il aurait demandées; le second l'exposait à entreprendre des recherches dont les résultats étaient incertains, par le motif que celui qui veut découvrir des vérités nouvelles ne peut jamais prédire d'avance qu'à une époque fixe ses efforts seront couronnés de succès.

« Ces considérations nous ont déterminé à vous proposer de ne donner aucune suite à la décision du 31 mars 1844, et à abandonner les recherches de ce genre aux efforts individuels,, d'autant plus que, l'attention des savants ayant été attirée sur ce point,

la science enregistre tous les jours des procédés nouveaux et à la découverte desquels plusieurs membres de la section ont déjà concouru.

« Pour ce qui concerne les mesures administratives et répressives auxquelles les falsifications donnent lieu, les deux communications dont il va être question nous ont fourni l'occasion d'en parler et de les examiner.

« Les Mémoires qui vous ont été adressés par M. le Ministre de l'Intérieur ont été rédigés, l'un par M. Mockel, lieutenant du génie attaché au ministère de la guerre, et l'autre par M. Van den Broeck, professeur à Mons.

« La requête de M. Van den Broeck a été adressée à la Chambre des Représentants. La fraude commerciale y est considérée comme si fréquente, que la probité industrielle ne serait plus, pour ainsi dire, qu'un mot sans valeur. « Ch. Fourier, dit M. Van den « Broeck, Michel Chevalier et d'autres ont signalé les abus d'un « aussi déplorable système, en prouvant que la déconsidération « et la ruine en seront tôt ou tard les inévitables conséquences. « M. Mauguin, à propos des falsifications des vins, a demandé « formellement une aggravation des peines portées par l'art. 423 « du Code pénal, peines évidemment insuffisantes. Mais, ces grands « esprits, continue M. Van den Broeck, ont considéré les fraudes « commerciales dans leur ensemble, et c'est peut-être ce qui les « a empêchés de proposer des mesures efficaces pour arrêter leur « extension. » Or, d'après l'auteur de la requête, ce n'est qu'en subdivisant une question aussi complexe que l'on peut parvenir à la résoudre, et c'est ce qu'il a entrepris, au point de vue des adultérations qui se commettent sur les matières alimentaires. A cet effet, dans une brochure qu'il a publiée, il a cherché à démontrer le danger de ces sophistications, et pour compléter son œuvre, il a cru devoir mentionner, dans une requête, les fraudes de toutes sortes qui se rencontrent à chaque pas.

« En mettant sous les yeux des membres de la législature une longue liste d'adultérations que l'on fait subir aux aliments, l'intention de M. Van den Broeck a été très-probablement de les engager à fixer leur attention sur les falsifications, et à prendre des mesures pour faire surveiller ces fraudes d'après le système developpé dans sa brochure.

« Le but du Mémoire de M. Mockel est le même; comme M. Van den Broeck, il considère les sophistications comme excessivement fréquentes. « La moderne industrie, dit-il, falsifie tout « ce qui est susceptible de l'être, » et il part également de là pour engager l'Etat à faire surveiller les fraudes.

« Eu égard à l'organisation actuelle de la société, l'auteur considère comme impraticable un contrôle qui s'étendrait généralement à toutes les substances employées dans les arts et dans l'industrie ou comme aliments, mais il est persuadé que le contrôle limité aux substances alimentaires, aux produits pharmaceutiques et à d'autres objets, tels que les tabacs, les huiles, les savons, les graisses, les parfums, etc., est non-seulement possible, mais éminemment nécessaire.

« On le voit, les démarches de MM. Mockel et Van den Broeck sont inspirées par les sentiments les plus honorables, par le désir de garantir la santé publique contre des manœuvres qui la compromettent, et le commerce et l'industrie, contre les abus d'une concurrence effrénée.

« Il ont senti qu'en présence de la liberté du commerce et des difficultés énormes d'exécution, il était impossible d'étendre la surveillance, d'une manière absolue, aux altérations de toutes les substances employées, et ils se sont bornés au contrôle des aliments. M. Van den Broeck, dans la pétition qui nous a été communiquée, n'indique aucun moyen à employer ; M. Mockel en propose plusieurs, que nous allons examiner.

« D'abord, pour ce qui concerne les produits employés dans les arts et dans l'industrie, M. Mockel propose que l'Etat fournisse au consommateur des moyens faciles et sûrs de s'assurer de la qualité des produits. »

« Il a paru à la section que c'est à la science et non au Gouvernement qu'incombe cette tâche, et, s'il est vrai qu'il existe encore quelques falsifications que l'on ne peut reconnaître, il n'est pas moins certain que le plus grand nombre se découvre, et c'est au fabricant, ou, en général, au consommateur à se mettre au courant des méthodes que la science enseigne. Quant aux personnes qui n'ont pas de livres à leur disposition, ou qui ne sont pas suffisamment instruites pour pouvoir les comprendre, elles ont la faculté de s'adresser à des personnes compétentes et capables, ou de se procurer les produits dont elles ne sauraient par elles-mêmes reconnaître la pureté, chez les droguistes, qui subissent des examens, et dont les magasins sont soumis à des inspections.

« Pour la surveillance des aliments, M. Mockel demande que l'Etat substitue son action à celle de la commune, et qu'il confie à des chimistes spéciaux le contrôle de toutes les denrées susceptibles de manipulations, et par suite, de sophistications, et il voudrait voir, dit-il, établir, pour ces substances et pour les médicaments, des bureaux de garantie à l'instar des bureaux de garantie

des matières d'or et d'argent. M. Mockel est entré dans de grands détails sur l'organisation de ces bureaux.

« La section a été unanime pour considérer l'établissement des bureaux de garantie comme impossible. En effet, pour atteindre le but que se propose l'auteur, et pour que la mesure eût toute l'efficacité qu'il désire lui donner, il faudrait qu'aucune matière alimentaire susceptible de sophistication ne pût être livrée au commerce sans avoir passé au contrôle. Or, quand on considère, d'un côté, l'énorme quantité de ces matières qui se consomme, et d'un autre côté, le temps que demandent la plupart des analyses chimiques, l'on conçoit sans peine qu'il est impossible ou du moins excessivement difficile de mettre en pratique les vues de M. Mockel. Ensuite, l'établissement des bureaux de garantie entraînerait d'immenses frais, qui devraient être supportés par l'Etat ou par le consommateur. La première hypothèse ne serait sans doute pas réalisable, et la seconde, frappant d'un droit élevé des substances de première nécessité, serait également inadmissible.

« L'idée de nommer des chimistes experts, spécialement et uniquement occupés de seconder la police dans la surveillance des denrées, nous a paru plus heureuse. De semblables propositions ont déjà été faites; Paris et d'autres grandes villes ont déjà senti la nécessité de créer des places d'experts, et il est certain qu'il en est résulté un grand avantage pour la santé publique.

« Ce n'est pas que les matières alimentaires soient abandonnées aujourd'hui sans surveillance. Les villes ont leurs inspecteurs pour certaines catégories d'aliments; pour d'autres, la police locale, à des époques plus ou moins rapprochées, fait des saisies et fait faire des expertises. Le Gouvernement et les provinces ont à leur disposition les Commissions médicales provinciales, et les parquets ont leurs experts. Mais il n'en est pas moins vrai que, s'il y avait des experts-fonctionnaires, occupés de ce seul objet, la surveillance serait plus continue, qu'il y aurait moins de chances pour la fraude d'échapper à la poursuite, et partant, elle diminuerait, et peut-être même finirait-elle par disparaître complétement, du moins dans les localités où cette mesure serait en vigueur.

« La surveillance des matières alimentaires appartient aux administrations communales. Le Gouvernement, mieux que nous, appréciera les raisons qui ont fait adopter cette marche, et la possibilité ainsi que l'opportunité de la changer.

« La section est convaincue que des sophistications se commettent assez fréquemment. Cependant l'expérience que la plupart de ses membres ont acquise l'autorise à penser que bien des personnes s'exagèrent le mal.

« Certainement toutes les sophistications indiquées par M. Van den Broeck ont été signalées, mais la section est heureuse de pouvoir affirmer qu'un grand nombre d'entre elles n'ont pas été, jusqu'ici, rencontrées par ses membres, dans le pays.

« Quelques auteurs ont cru reconnaître, en ce qui concerne la poursuite des fraudes, des lacunes dans la loi, ou bien elles ont considéré la peine comme n'étant pas toujours en rapport avec le délit. La section elle-même a cru apercevoir des différences dans des jugements prononcés dans des causes en apparence identiques.

« L'article 318 du Code pénal punit l'introduction de matières nuisibles dans les boissons.

« La loi du 19 mai 1829 étend la poursuite à la falsification des aliments solides par des mixtions de la même nature.

« Aux yeux du médecin, peu de fraudes de substances alimentaires sont innocentes, puisque celles qui ne sont pas directement nuisibles le deviennent indirectement. Prenons pour exemple la fécule de pommes de terre et de l'eau : ces substances sont sans doute loin d'être malfaisantes ; cependant, introduites en fraude, la première dans la farine des céréales, l'autre dans le beurre, elles deviennent nuisibles, parce qu'elles privent l'ouvrier d'une certaine quantité de principes azotés ou de matières grasses, qui sont nécessaires pour l'exercice régulier des fonctions des organes, et, par conséquent, pour entretenir la santé.

« Il serait difficile de faire partager cette manière de voir par tout le monde, et partant, il faut pouvoir atteindre les fraudes qui ne sont pas directement nuisibles. Ces moyens, la loi les fournit par l'article 423 du Code pénal, qui condamne la tromperie sur la nature de toute marchandise, par l'article 405, qui punit l'escroquerie, et par l'article 408, qui prévoit les abus de confiance.

« En présence de tous ces moyens de poursuite, il est difficile de comprendre, non-seulement qu'aucune fraude par des substances nuisibles, mais qu'une fraude quelconque, du moment qu'elle est constatée, puisse rester impunie, et il nous paraît qu'il ne saurait y avoir, dans les jugements, que des différences résultant d'une appréciation différente des faits, et ces différences, il serait difficile de les faire disparaître sans rencontrer des inconvénients peut-être beaucoup plus graves.

« Quant à la gravité de la peine, la loi prononce un emprisonnement et des amendes. Le premier s'étend dans les limites de quelques jours à deux ans ; cette peine est suffisante, surtout quand on considère qu'une condamnation prononcée pour falsification de matières alimentaires entraîne constamment la perte de confiance et le plus souvent la ruine de celui qui en est l'objet.

« En résumé, la cinquième section est d'avis :

« 1° Qu'il convient d'abandonner la question relative aux aliments et aux boissons, question dont la section a été saisie par l'Académie, dans la séance du 31 mars 1844 ;

« 2° Que MM. Mockel et Van den Broeck, en appelant l'attention de l'Etat sur la surveillance à exercer sur les matières alimentaires, ont été guidés par des intentions louables dont on doit leur savoir gré ;

« 3° Que l'établissement de bureaux pour le contrôle des médicaments est inutile, parce qu'ils ne fourniraient pas plus de garanties que ce qui existe aujourd'hui, et que cet établissement pour les matières alimentaires n'est pas réalisable ;

« 4° Que la proposition de faire nommer, dans les villes, des experts-fonctionnaires, pour la surveillance des substances alimentaires, est de nature à être prise en considération par le Gouvernement ;

« 5° Que les lois relatives à la répression des falsifications des aliments et des boissons ne présentent pas de lacune, et que bien interprétées, elles peuvent atteindre toutes les infractions que la société a intérêt à faire réprimer. »

« M. Mockel, ayant appris que son travail sur les falsifications des denrées alimentaires avait été soumis à votre examen, s'est empressé d'adresser à la Compagnie quelques développements sur le même sujet. Ce nouveau travail ne nous est parvenu qu'après que notre rapport avait été discuté. Il convient néanmoins de l'examiner.

« Dans ce mémoire, l'auteur fait remarquer d'abord, que, lorsqu'en 1844 l'Académie demanda que l'on avisât aux mesures à prendre pour *prévenir* et *réprimer* certains abus concernant la vente des bonbons, liqueurs, etc., le Gouvernement lui adressa une réponse, d'où il conste qu'il n'avait considéré la question soulevée par la Compagnie que sous le seul point de vue de la répression.

« Ensuite, M. Mockel passe en revue l'ensemble de la législation qui régit les falsifications des matières alimentaires, et conclut qu'il existe dans la loi une lacune importante sous le rapport de la répression, et qu'il n'a été institué aucune mesure de précaution susceptible d'entraver ou de prévenir les falsifications en général.

« La lacune indiquée par M. Mockel consiste en ce que la loi ne punit pas celui qui aurait mêlé des ingrédients nuisibles ou vénéneux à des substances organiques, telles que les tabacs, les huiles, les savons, les graisses, les parfums, etc., servant à l'usage externe et qui ne peuvent pas être rangées dans la catégorie des

drogues ou préparations chimiques, dont parle l'article 15 de la loi du 12 mars 1818.

« Le tabac, le savon, les parfums, etc., n'étant pas des matières alimentaires, il est évident que la conclusion de M. Mockel n'est pas en opposition avec celle que la cinquième section a cru pouvoir déduire de son rapport, puisque, dans ce rapport, il ne s'agissait que des fraudes que l'on fait subir aux comestibles.

« Cette déclaration faite, examinons l'opinion de M. Mockel.

Les adultérations les plus fréquentes que subissent les huiles, les savons, les parfums, etc., atteignent l'acheteur dans ses intérêts matériels et tombent sous l'application du Code pénal, mais elles sont heureusement sans importance pour la santé. En effet, celui qui vend, par exemple, du savon noir, dans la fabrication duquel il a introduit, sans l'annoncer, de la résine ou des huiles animales, ou celui qui introduit en fraude, dans une huile, une huile plus commune, ou dans une essence, une huile grasse, trompe sur la nature de la marchandise et devient passible d'une peine, mais il n'a porté aucune atteinte à la santé de son semblable.

« Cependant, quoique ces fraudes soient ordinairement sans influence sur l'économie animale, on peut et l'on doit admettre, avec M. Mockel, que des atteintes plus ou moins graves pourraient être portées à la santé par cette voie. Il y a plus, des exemples de semblables méfaits existent. Des matières très-nuisibles, vénéneuses même, ont été introduites dans des bougies et ont répandu dans l'air des appartements des vapeurs qui ont indisposé toutes les personnes qui s'y trouvaient. Nous-même, nous avons été appelé un jour à soigner une personne qui, en se lavant avec de la pâte d'amande adultérée, avait provoqué sur les mains, le visage et le cou, une éruption qui dura plusieurs jours.

« La faute étant possible, elle doit être prévue et nous devons vérifier si elle l'a été.

« Il est évident que l'abus dont il s'agit n'est pas prévu par la loi de 1829, parce qu'elle ne concerne que les comestibles, et que les substances désignées par M. Mockel ne tombent pas dans cette catégorie. Cette loi étant écartée, nous nous trouvons en présence des articles 301, 319 et 320 du Code pénal.

« Larticle 301 qualifie d'empoisonnement : tout attentat à la vie d'une personne par l'effet de substances qui peuvent donner la mort plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées, et quelles qu'en aient été les suites.

« L'article 319 condamne l'homicide par imprudence, et l'article 320 punit les coups et blessures.

« On s'aperçoit, au premier coup d'œil, que les falsifications que M. Mockel a eues en vue, quand même elles auraient lieu au moyen de substances vénéneuses, ne tomberont que très-rarement sous l'application des articles 301 et 319, si tant est qu'elles y tombent jamais, et l'article 320, qui punit les maladies externes produites par des violences, n'a aucunement trait aux maladies externes et moins encore aux maladies internes provoquées par des substances toxiques ou nuisibles, appliquées à l'extérieur.

« Aux termes de l'article 301, l'administration de substances nuisibles n'étant punissable que pour autant que ces substances soient de nature à donner la mort, il n'y a ni crime ni délit lorsque les substances administrées ne sont pas telles qu'elles puissent produire cet effet, lors même qu'elles causeraient une maladie ou une incapacité de travail plus ou moins longue. Cette lacune a été comblée, en France, par la loi du 28 avril 1832 ; dans notre pays elle n'a été que signalée ; elle l'a été par plusieurs auteurs et notamment par M. Haus, dans son ouvrage sur le Code pénal. Ainsi, quand même la falsification des matières indiquées par M. Mockel, au moyen de substances nuisibles, tomberait sous l'application de cette loi, ce qui serait du reste très-contestable, toujours est-il certain que ces falsifications ne sont prévues par aucune disposition légale en Belgique, et que par conséquent M. Mockel a eu raison d'attirer sur elles l'attention du Gouvernement.

« Depuis que nous avons rédigé notre rapport sur les falsifications des substances alimentaires, une circonstance s'est présentée qui nous force de revenir un instant sur l'une de nos conclusions et qui a également rapport au sujet que nous discutons maintenant.

« Le Code pénal n'avait pas prévu le cas où des matières vénéneuses seraient mêlées à des boissons, et où des boissons contenant ces matières seraient vendues ou débitées. Il n'avait pas non plus prévu l'introduction des matières, soit vénéneuses, soit nuisibles à la santé, dans les comestibles, ni la vente ni le débit des comestibles ainsi altérés.

« La loi du 19 mai 1829 est venue combler ces lacunes, et en rapprochant cette loi de quelques articles du Code, nous en avons déduit que les lois existantes suffisaient pour atteindre, en ce qui concerne les fraudes des comestibles et des boissons, tous les abus que la société a intérêt de faire réprimer. Nous croyions d'autant plus pouvoir émettre cette proposition qu'à notre connaissance, l'expérience n'avait signalé jusqu'alors aucun cas qui pût échapper à la législation bien interprétée.

« Ces jours derniers, un acquittement a été prononcé en appel

dans un cas d'empoisonnement suivi de mort et produit par des bonbons coloriés au moyen d'un ingrédient vénéneux. Une condamnation avait été prononcée en première instance.

« Cet acquittement prouve, outre ce que nous disons plus haut, que les articles 301 et 319 du Code pénal ne sont point applicables dans l'espèce, que des circonstances peuvent se présenter où la loi du 19 mai 1829 elle-même devient insuffisante. En effet, cette loi porte : « Les peines..... seront appliquées à toute per-« sonne qui, SACHANT *que des matières vénéneuses ou nuisibles* « seraient mêlées aux comestibles..... *aura vendu*, débité, etc..... « ces comestibles, etc. » Or, le pâtissier n'ayant pas fait lui-même les bonbons qu'il vendait, ignorant d'ailleurs qu'ils contenaient du poison, et les bonbons provenant de l'étranger, le délit est resté impuni faute de loi.

« Nous pensons qu'il y a là une nouvelle lacune qui nous avait échappé d'abord, et un fait, rapporté par un des chimistes experts de Paris qui s'est le plus occupé de ce genre de recherches, démontre combien il est urgent de la combler, surtout si l'on considère que la plupart des bonbons coloriés que l'on vend en Belgique sont de provenance étrangère. Depuis que l'on exerce, dit quelque part M. Chevalier, sur les bonbons qui se vendent à Paris, une surveillance si active, l'on n'a plus guère d'accidents à déplorer dans cette capitale, mais une grande partie des bonbons que l'on expédie en province sont encore coloriés par des substances vénéneuses.

« Nous concevons qu'il sera difficile, et peut-être impossible, de combler par une loi la dernière lacune que nous venons de signaler, mais plus cette difficulté est grande, plus il importe de surveiller les ventes.

« Dans son nouveau travail, M. Mockel est revenu sur les moyens préventifs capables d'entraver les fraudes. Nous avons approuvé l'une des mesures qu'il propose, mais nous n'avons pu nous rallier à l'autre ; nous croyons devoir persister dans notre opinion. Quant à la surveillance des comestibles dans les campagnes, elle sera toujours, quoi que l'on fasse, assez difficile en pratique ; cependant si le Gouvernement adoptait la création de chimistes, experts-fonctionnaires, on pourrait, même à la campagne, opérer des saisies et des expertises assez fréquentes pour diminuer considérablement le mal.

« Nous concluons :

« 1° Que le mélange d'ingrédients vénéneux ou nuisibles à des substances organiques, telles que les tabacs, les huiles, les savons, les graisses, les parfums, etc., servant à l'usage externe, n'est

prévu, en Belgique, par aucune loi, et que par conséquent il existe de ce chef une lacune dans notre législation ;

« 2° Que la loi du 19 mai 1829 est impuissante pour réprimer les accidents produits par la vente de boissons et de comestibles altérés par des substances vénéneuses ou nuisibles, lorsque le vendeur n'est pas le fabricant, et que celui-ci, soit parce qu'il demeure à l'étranger, soit pour d'autres motifs, ne peut être connu ou atteint. »

Les conclusions du rapport sont successivement mises aux voix et adoptées.

Le rapport sera transmis à M. le Ministre de l'Intérieur.

Observation de photurie ou miction lumineuse; par M. Fallot, membre titulaire

« Il arrive quelquefois que l'urine, en sortant du canal de l'urèthre, est lumineuse. Ces cas sont extrêmement rares : M. le professeur Rayer, dans son important ouvrage sur les maladies des reins, en cite quelques-uns avec les noms des auteurs qui les ont recueillis. Jusqu'à présent, ce phénomène n'a pas été expliqué; sa cause, tant organique que dynamique, reste enveloppée des plus profondes ténèbres. On pourrait donc le considérer comme une simple affaire de curiosité ; cependant j'ai pensé qu'il ne serait pas indifférent à la Compagnie d'en connaître un nouvel exemple authentique ; car bien que toute la science ne soit certainement pas dans les faits, il n'est pas moins vrai qu'ils sont la source où elle s'alimente, et que souvent des faits, insignifiants en apparence, sont devenus, plus tard, l'occasion de découvertes utiles. Voici ce dont il s'agit :

« Un homme, âgé actuellement de 60 ans, d'une taille élevée, d'un tempérament lymphatico-sanguin, jouissant d'une excellente santé, rend, depuis son enfance et aussi haut dans sa vie que peuvent remonter ses souvenirs, de temps en temps, à des époques indéterminées, mais qui lui semblent devenir plus rares à mesure qu'il gagne de l'âge, des urines lumineuses. Il y a dix ans que j'ai des rapports pour ainsi dire quotidiens avec lui, mais il n'y en a pas plus de deux, que, par l'effet du hasard, son affection m'est connue. Le phénomène n'est pas exclusivement hivernal, comme il paraît l'avoir été dans les cas dont Jurine, Guy et Essec cités par M. Rayer ont rapporté l'histoire (1) ; c'est quand l'urine, chassée avec force, frappe le sol, qu'il acquiert son plus haut degré d'intensité. En sortant du canal, le jet de l'urine offre bien quelques étincelles ou petites stries phosphorescentes, mais c'est quand il

(1) *Traité des maladies des reins*, t. Ier, p. 125.

se brise, lancé contre un corps dur, qu'il décrit des arcs ou dessine des gerbes d'un grand éclat. Dès que l'urine est en repos, elle cesse d'être lumineuse. On n'a pu constater aucune corrélation entre certaines influences hygiéniques et l'apparition de ce singulier phénomène, qui est, comme nous l'avons dit au commencement, bien loin d'être constant.

« Les analyses de cette urine n'y ont rien fait découvrir de particulier; la composition en est variable suivant les époques de la journée auxquelles elle a été recueillie, mais elle ne présente rien qu'on ne rencontre dans celle d'autres individus bien portants.

« En terminant le paragraphe que M. Rayer consacre dans son ouvrage à l'étude de l'urine phosphorescente, ce professeur distingué fait observer que les cas en sont très-rares. Il doit en être ainsi en effet, puisque dans les livres que j'ai consultés, et même dans des dictionnaires de médecine très-récemment publiés, il n'en est pas seulement fait mention. Il y a cependant ici une remarque à faire : la photurie n'étant accompagnée d'aucun symptôme fâcheux, même ne causant pas la moindre incommodité, peut exister quelquefois sans être aperçue et sans donner lieu au moins à recourir à un homme de l'art. C'est ainsi que le photurique, sujet de cette observation, quoique appartenant à la classe instruite de la société, et exerçant une profession libérale qui le met incessamment en contact avec des médecins, ne m'avait jamais parlé de sa singulière affection, car comme je l'ai dit plus haut, c'est au hasard que j'en dois la découverte.

« Ayant lu, dans l'ouvrage de M. Rayer, que les urines des personnes qui ont pris du phosphore à l'intérieur, ne sont pas lumineuses, j'ai voulu vérifier le fait. A cet effet, j'incorporai du phosphore à des chiens; mais ne leur ayant lié ni l'œsophage ni le canal de l'urèthre, je ne pus empêcher le vomissement des aliments auxquels le métalloïde avait été mêlé, ni recueillir les urines, de façon que mes expériences restèrent sans résultat et que j'en fus pour mes peines. Je me décidai alors à les répéter sur moi-même, et à huit jours d'intervalle je pris un grain de phosphore dans les vingt-quatre heures, la première fois, suivant la formule de Hufeland ; mais ayant éprouvé, après cette ingestion, de fortes douleurs d'estomac et d'entrailles, ce qui me parut pouvoir dépendre de ce que le phosphore n'avait pas été suffisamment divisé, je recourus la seconde fois au mode d'administration recommandé par Alphonse Leroy (1), et je ne fus pas sensiblement incommodé. M'étant assuré que mes urines ne présentaient

(1) Alphonse Leroy a proposé d'administrer le phosphore sous forme de looch. Pour cet effet, on le fond dans de l'eau très-chaude; on agite le liquide

aucune phosphorescence, j'abandonnai ces essais personnels. Depuis cette époque, j'ai employé le phosphore dans un cas d'épilepsie, où déjà un très-grand nombre de médicaments avaient été infructueusement essayés, et j'en continuai l'usage pendant environ quinze jours, en commençant par un demi-grain dans les vingt-quatre heures et montant jusqu'à un grain et demi, puis suivant la méthode de Leroy : à aucune époque du traitement, je ne remarquai de phosphorescence dans les urines.

« Voici en quels termes M. Rayer présente la théorie de la phosphorescence des urines proposée par Guyton et Driessen : « Guyton de Morveau dit que le gaz azote phosphoré donnant, même à une basse température, une lumière phosphorescente en absorbant l'oxygène de l'air, expliquerait ce phénomène si on pouvait expliquer la production de ce gaz dans l'urine. C'est sans doute pour compléter cette hypothèse que Driessen admet que l'acide phosphorique de l'urine est désoxydé par le carbone de l'urée et que son phosphore se combine ensuite avec l'azote de cette dernière (1). » Il est possible que les choses se passent ainsi, mais on pourrait objecter que le phosphore d'azote ne s'enflamme qu'à une température plus élevée que celle de l'atmosphère et que (si ma mémoire est fidèle), il brûle avec une flamme verdâtre, tandis que, dans la photurie que j'ai l'occasion de voir, l'inflammation a lieu à toute température, même la plus basse, et avec une lumière semblable à celle dont s'accompagne la combustion de l'hydrogène perphosphoré au contact de l'air.

« Partant de cette donnée, je me suis permis de hasarder une conjecture que je n'émets, bien entendu, qu'avec la plus grande hésitation. Plusieurs matières organiques, parties constituantes de l'économie ou produits de son action par le cerveau, le sperme, contiennent du phosphore libre. Ne pourrait-il pas se faire, que, par suite de quelque perturbation organique, il y eût une combinaison d'emblée, et sans décomposition préalable de l'acide phosphorique libre ou combiné, entre le phosphore et l'hydrogène, et que l'élimination de ce corps par les urines donnât naissance à la photurie? On sait que la composition atomique de l'hydrogène

sur lequel le phosphore se divise en un grand nombre de globules à la manière de l'huile. On ajoute alors de l'eau froide et le phosphore se précipite en poudre. On prend cette poudre à la dose d'un grain ou deux, qu'on mêle avec du sucre, de l'huile d'amandes douces et un peu de jaune d'œuf, dans un mortier de verre tenu dans de l'eau très-froide et on continue cette opération jusqu'à ce que le looch soit achevé.

La méthode de Hufeland consiste à composer un looch en triturant le phosphore dans un mélange de gomme arabique et en ajoutant à l'émulsion, ainsi obtenue, du sirop d'orgeat et de la liqueur anodine de Hoffmann.

(1) Ouv. cité, p. 126.

phosphoré est la même que celle de l'hydrogène azoté; que l'un et l'autre de ces corps se comportent de la même manière avec les acides et qu'ils ont encore plusieurs autres propriétés communes. Ne pourrait-on pas voir, dans cette combinaison phosphorée accidentelle, une espèce de substitution de la combinaison azotée, qui existe naturellement dans les urines, substitution semblable à celle dont chaque jour d'autres corps analogues offrent des exemples? L'hydrogène et le phosphore ne se combinent-ils pas d'emblée dans les cerveaux des cadavres humains, auxquels cette union donne leur phosphorescence? La propriété de luire dans l'obscurité qu'on remarque dans la chair du cabillaud et de plusieurs autres poissons, n'est-elle pas due à la combustion de l'hydrogène phosphoré? N'est-ce pas pour cela même que cette propriété s'évanouit aussitôt que la putréfaction se déclare, l'hydrogène, libre jusque-là de s'unir avec le phosphore, entrant en combinaison avec l'azote pour former l'ammoniaque? L'admission de cette hypothèse n'expliquerait-elle pas, au moins jusqu'à un certain point, pourquoi les mictions lumineuses ont été observées en hiver chez les mêmes individus qui n'en présentaient aucune trace pendant la saison estivale, qu'on sait être généralement plus favorable aux productions ammoniacales?

« Il est inutile, sans doute, de redire que je n'attache à cette théorie aucune valeur. Pour qu'elle fût seulement plausible et acquît le moindre droit à être discutée, il faudrait démontrer au préalable que c'est bien à la présence du phosphore que les urines lumineuses doivent leur propriété; or, c'est ce que je suis dans l'impuissance de faire. Jusque-là, le mot de phosphorescent est synonyme de lumineux, sans égard à la cause, quelle qu'elle soit, du phénomène. On sait que celui-ci se manifeste dans un grand nombre de corps de la nature, dans lesquels on ne pourrait l'attribuer au phosphore, et pour ne citer que les plus éminents, ne le voit-on pas surgir dans le sucre quand on le percute; dans le fluate de chaux, quand on le chauffe; dans la chaux vive, quand on y verse de l'eau; dans certaines variétés de sulfate de zinc, quand on le frotte; dans le bois pourri qui a été exposé à la lumière? N'est-ce pas une des expressions de l'action vitale chez un grand nombre d'animaux qui jouissent de la propriété de luire dans les ténèbres?

« M. le professeur Lambotte fils, non moins avantageusement connu du monde savant, comme chimiste que comme micrographe, a bien voulu me promettre de reprendre avec moi l'étude de ces urines. Il les soumet en ce moment à une nouvelle analyse et à un examen microscopique. Entre des mains aussi habiles, on peut

espérer d'heureux résultats de ces nouvelles recherches ; si l'on en obtient, je me ferai un plaisir et un devoir de vous les communiquer. »

— *M. Stas :* Je demanderai la permission de soumettre quelques observations à notre savant collègue, M. Fallot, au sujet de la communication qu'il vient de nous faire.

M. Fallot a émis une hypothèse sur la cause de la phosphorescence de l'urine ; il n'est pas éloigné de l'attribuer à la présence de l'hydrogène phosphoré dans ce liquide. Si je consulte l'ensemble des phénomènes qui se passent dans l'économie animale et que j'examine la nature des produits éliminés du corps par l'action des reins, je trouve qu'en général ce sont tous des produits de combustion. Or, je ne comprends pas comment il pourrait se faire que de l'hydrogène phosphoré se produisît dans l'organisme à l'état physiologique, avec contact de l'oxygène, et fût ensuite éliminé au dehors. Cette considération me paraît assez puissante pour me faire douter (car je n'affirme rien), de la validité de l'hypothèse dont il s'agit.

Le phénomène observé par M. Fallot serait-il dû à la présence du phosphore ? c'est ce que je crois encore moins probable. Je ne pense pas que du phosphore puisse devenir libre dans l'économie, et être ensuite éliminé par les reins.

Pour expliquer la phosphorescence de l'urine, il n'est d'ailleurs pas nécessaire de recourir à l'oxydation du composé du phosphore ou d'autres. On sait qu'il existe une foule de substances qui sont lumineuses, sans qu'il s'y passe une véritable combustion.

Je crois, messieurs, puisque M. Fallot a à sa disposition l'homme qui fait le sujet de l'observation, qu'il y aurait à constater si la présence de l'air est nécessaire à la production de la phosphorescence ; par la suite il faudrait faire en sorte que la projection de l'urine se fît dans un vase rempli, soit d'acide carbonique, soit d'azote, ou mieux encore de deutoxyde d'azote.

— *M. François :* M. Fallot a émis l'opinion que l'urine de l'homme, qui fait le sujet de l'observation dont il s'agit, dégagerait de l'hydrogène phosphoré. Nous savons tous que ce gaz exhale une odeur toute particulière ; cette odeur devrait nécessairement se communiquer à l'urine. Je demanderai à l'honorable M. Fallot s'il a remarqué quelque chose de semblable.

— *M. Fallot :* Non.

— *M. François :* Je demanderai que l'observation de M. Fallot soit insérée dans le bulletin de la séance.

— *M. Seutin :* M. Fallot ne pourrait-il pas envoyer à M. Stas

une partie de l'urine ayant offert le phénomène de phosphorescence, pour en faire l'analyse chimique?

— *M. Fallot :* Le phénomène se produit rarement.

— *M. Seutin :* L'avez-vous vu se produire la nuit?

— *M. Fallot :* Ce n'est que la nuit qu'il se produit : dans le jour nous ne pourrions pas constater la phosphorescence.

— *M. le président :* Je mets aux voix la proposition de M. François, qui demande l'insertion de l'observation de M. Fallot dans le bulletin de la séance. L'Académie pourra ensuite en faire l'objet d'une discussion, si elle le juge convenable.

Cette proposition est adoptée.

Polype de la partie supérieure du pharynx, s'insérant à la base du crâne, aux premières vertèbres cervicales et à la voûte palatine, et s'engageant dans les sinus sphénoïdaux et la fosse nasale gauche. — Ablation de l'os maxillaire supérieur. — Destruction du polype par arrachement, excision et cautérisation. — Guérison. Observation communiquée par M. le professeur Michaux, membre titulaire.

Messieurs,

Le jeune homme, que j'ai l'honneur de soumettre à votre examen, a été opéré d'un polype de l'arrière-bouche, qui avait des adhérences nombreuses; il s'insérait : 1° en haut, à l'apophyse basilaire, aux sinus sphénoïdaux, dans lesquels il s'engageait, et aux parties voisines de la base du crâne ; 2° en avant, à la partie postérieure de l'os palatin du côté gauche; 3° en arrière, aux corps des premières vertèbres cervicales ; 4° enfin en dehors, et à gauche, aux deux tiers supérieurs de la face interne de l'apophyse ptérygoïde. La tumeur descendait dans le pharynx, à la profondeur d'un pouce et demi, et remplissait presque en entier la fosse nasale gauche.

Après mûr examen, nous pensâmes, qu'à l'aide de la division verticale du voile mobile du palais, nous pourrions parvenir à opérer la destruction de la maladie, en combinant les trois méthodes opératoires, l'arrachement, l'excision et la cautérisation. L'opération fut pratiquée et le malade se retira dans sa famille. Mais la tumeur n'ayant pas tardé à se reproduire et faisant des progrès rapides, il rentra à l'hôpital le 13 novembre 1847.

Après l'avoir bien examiné avec nos collègues, MM. Baud et Craninx, et après avoir fait différentes études sur le cadavre, nous fûmes convaincus qu'il n'y avait qu'un seul moyen de détruire ce mal jusque dans ses dernières racines; c'était de nous tracer un chemin large et direct vers la base du crâne et la partie supé-

rieure du pharynx, par l'extirpation de l'os maxillaire supérieur gauche. Certes, l'opération préalable était grave; mais fallait-il laisser périr le jeune Verheyde, soit par asphyxie, soit par inanition, soit par compression cérébrale? car, remarquez-le bien, le polype bouchait déjà en grande partie les voies aériennes et digestives, et il s'insérait sur une assez grande surface de la base du crâne. Il était impossible de prévoir la direction et l'étendue de la migration ultérieure.

D'autre part, nous avions déjà pratiqué *sept fois* l'extirpation de la mâchoire supérieure, sans avoir à regretter la perte d'aucun de nos opérés.

Ces considérations nous décidèrent à proposer une nouvelle opération à notre malade, qui l'accepta sans hésitation; nous la pratiquâmes le 1er décembre 1847, assistés de MM. les professeurs Craninx et Van Kempen.

Ce n'est pas la première fois qu'on enlève l'os maxillaire supérieur, pour détruire un polype situé hors de cet os. M. Flaubert fils a fait une semblable ablation, en 1840, à l'Hôtel-Dieu de Rouen; mais je ne sache pas que quelqu'un ait, jusqu'à cette heure, pratiqué l'extirpation de l'os maxillaire supérieur en entier, en ne faisant qu'*une seule incision* sur la ligne médiane de la face; eh bien! c'est ce que nous avons fait, et en très-peu de temps.

Il est inutile, messieurs, de vous énumérer les avantages immenses qu'offre ce mode opératoire sur ceux employés jusqu'à ce jour; l'inspection seule de notre opéré suffira pour vous les faire apprécier.

La désarticulation a été pratiquée avec la gouge et le maillet. Ces instruments nous paraissent, dans ce cas, préférables à la scie à chaînette, dont le maniement est long et difficile.

L'arrachement du polype a été fort pénible. Les pinces que nous possédons pour exécuter cette méthode opératoire sont très-défectueuses; trop faibles, elles se faussent à la moindre résistance, et leur forme ne permet pas de saisir les tumeurs pharyngiennes dans le sens transversal. Aussi nous sommes-nous mis en rapport avec des fabricants d'instruments de chirurgie, dans le but de faire modifier ces instruments.

L'excision ne pouvait, dans cette circonstance, être employée qu'avec la plus grande prudence, à cause des rapports importants des racines du polype avec les vaisseaux et les nerfs situés à la base du crâne et sur le côté du pharynx.

Le lendemain de l'opération, en explorant la plaie, avant de la cautériser, nous enlevâmes involontairement une ligature, placée sur l'artère maxillaire interne. Ce vaisseau donna abondamment,

et nous eûmes assez de peine pour arrêter l'hémorrhagie; nous y parvînmes cependant en exerçant une compression provisoire sur la carotide primitive et en portant plusieurs cautères sur l'artère lésée.

En parcourant les annales de la chirurgie, on rencontre plusieurs cas de mort, par hémorrhagie consécutive à des résections des os de la face. Nos opérés, qui sont maintenant assez nombreux, n'ont jamais éprouvé cet accident. Nous attribuons ce résultat à ce que, après chaque résection des os de la face, nous éteignons plusieurs cautères sur toute la face saignante.

Nous nous bornerons à ce résumé de l'opératon grave et heureuse, qu'a subie le jeune Verheyde ; toutefois, nous demanderons à la Compagnie, d'ordonner l'insertion dans son Bulletin de l'observation détaillée, telle qu'elle a été recueillie par un de nos élèves les plus distingués, M. Van den Abeele, de Bruges, candidat en médecine. La voici :

« Obs. — Jean Verheyde, âgé de 18 ans, cultivateur, demeurant à Boortbierbeck, tempérament nervoso-sanguin, conformation physique sans défaut, mais peu virile. La famille du malade, qui est nombreuse, jouit d'une très-bonne santé; ses parents vivent encore et sont bien portants. Aucun de ses proches n'a présenté une maladie semblable à la sienne.

« Il y a trois ans, depuis le mois d'avril 1847, qu'il s'aperçut, pour la première fois, que son nez était comme fermé : la respiration ne pouvait se faire que difficilement par les fosses nasales; le malade compare cet état à celui qui existe quand un coryza bouche les narines. Après quelque temps, la fosse nasale gauche parut seule obstruée. Il resta dans cet état, sans grande incommodité, pendant une année. Vers cette époque, il consulta un médecin, qui constata l'existence d'une tumeur dans la fosse nasale gauche; cette exploration fit perdre beaucoup de sang au malade, la tumeur saignant par le moindre contact. Il se sentit cependant soulagé, une congestion habituelle vers la tête s'étant en grande partie dissipée, à la suite de cette perte de sang. Quelque temps après on essaya l'extraction du produit morbide, par arrachement : la tumeur fut saisie par la narine gauche; une partie fut emportée et quelques autres excisées avec des ciseaux. Ces tentatives furent encore suivies de l'écoulement de beaucoup de sang. Cependant l'excroissance morbide ne tarda pas à reprendre son volume primitif; le malade s'adressa de nouveau à plusieurs chirurgiens, qui, vu l'opiniâtreté et la gravité du mal, lui conseillèrent de se confier à des mains plus habiles. Ils firent néanmoins encore quelques essais infructueux d'arrachement. Le malade entra à l'hôpital de

Louvain vers la fin du mois de mai 1847. M. le professeur Michaux lui fit subir une première opération dans le courant du mois de juin; le voile du palais fut fendu vers son milieu, et l'on excisa, arracha et cautérisa de la tumeur, tout ce qui était accessible tant par la bouche que par la narine. Une seconde tentative semblable fut pratiquée vers la fin de juillet. Le malade, se trouvant soulagé, se retira dans sa famille, mais le mal ne tardant pas à reparaître, il revint de nouveau dans le service de chirurgie de l'hôpital de Louvain, et voici quel était alors (13 novembre 1847) l'état de la maladie.

« La tumeur ne gêne nullement le malade, et ne lui fait éprouver aucune douleur ; sa santé générale n'a pas souffert la moindre atteinte. L'extérieur de la face est régulier; la région maxillaire supérieure gauche est peut-être un peu plus saillante que celle du côté opposé. Dans la fosse nasale gauche, à peu de distance de son ouverture antérieure, se présente une masse charnue d'un aspect bleuâtre et livide. Une sonde la dépasse librement du côté interne ; elle passe également vers la partie inférieure et supérieure de la paroi externe de la fosse nasale, mais elle est arrêtée vers le milieu de la paroi externe et inférieure. Le petit doigt, introduit dans la narine, rencontre un corps charnu, élastique, assez dur, adhérent du côté externe, peu mobile et remplissant à peu près toute la cavité, déprimant même la cloison du nez vers le côté droit.

« Par la bouche, on aperçoit, dans l'espace libre que laisse le voile du palais divisé, une masse charnue, déformée, irrégulière, légèrement ulcérée en deux ou trois points; cette tumeur est dure, élastique, fixe, peu douloureuse et peu saignante. Avec le doigt profondément introduit, on circonscrit sa partie inférieure, composée de deux lobes et s'étendant dans les deux tiers du pharynx. Elle est adhérente vers la partie postérieure et supérieure de l'arrière-bouche, et à gauche vers la partie postérieure de la voûte palatine, jusque vers l'apophyse ptérygoïde. On sent encore la narine postérieure gauche qui est beaucoup rétrécie; la narine postérieure droite est libre, ainsi que les parties qui l'environnent. D'après cela, les divers points d'insertion du polype sont les suivants : en haut, à l'apophyse basilaire, aux sinus sphénoïdaux et aux parties voisines de la base du crâne; en avant, à la partie postérieure de l'os palatin du côté gauche; en arrière, à la partie antérieure du corps des premières vertèbres cervicales ; enfin en dehors et à gauche, aux deux tiers supérieurs de la face interne de l'apophyse ptérygoïde.

« La profondeur et le nombre des insertions rendaient com-

plétement impossible la destruction de l'excroissance polypeuse, par les ouvertures naturelles ; le seul chemin, par lequel on pouvait arriver à toutes les racines du mal, était celui qu'aurait ouvert l'extraction de l'os maxillaire supérieur. C'était l'avis de M. Michaux. Le malade fut examiné par MM. les professeurs Baud et Craninx, qui acceptèrent en tous points les conclusions du professeur de chirurgie. La bonne constitution du malade, la nature bénigne du polype, qui ne paraissait composé que de tissu fibreux, et enfin l'accroissement rapide du mal, dont le volume considérable devait bientôt gêner des fonctions importantes, et surtout la respiration et la déglutition, semblaient des motifs suffisants pour engager le malade à subir cette opération. M. le professeur Michaux n'eut pas de peine à l'y décider, et il la pratiqua le premier décembre de la manière suivante :

« Il fit d'abord une incision verticale, depuis la racine du nez jusqu'au milieu de la lèvre supérieure, divisée ainsi dans toute sa hauteur ; cette incision s'éloignait un peu de la ligne médiane du côté gauche, et ainsi la cloison du nez se trouva conservée du côté droit. Il disséqua ensuite le lambeau en le renversant du côté gauche pour mettre tout l'os maxillaire supérieur à nu. Les diverses articulations de cet os étant à découvert, et la dent incisive moyenne et supérieure ayant été arrachée du côté gauche, il détruisit avec le ciseau et le maillet les différentes synarthroses de la mâchoire supérieure. L'os fut ébranlé et emporté ; il n'avait pas fallu cinq minutes pour terminer tout ce premier temps de l'opération.

« On aperçut alors, au fond de la fosse buccale, la face antérieure du polype ; il avait près d'un pouce et demi depuis son bord inférieur, jusqu'à son insertion à la base du crâne, et il occupait transversalement plus de la moitié de la largeur du pharynx. Alors l'habile chirurgien saisit avec la main la partie libre de l'excroissance, et il tenta de l'enlever, en combinant les efforts d'arrachement avec un mouvement de torsion. Il ne parvint cependant à ramener que des lambeaux détachés de la masse principale. Des pinces de Museux, dont il se servit ensuite, n'arrachaient que des fragments peu volumineux, labourant à chaque tentative d'extraction la substance du polype ; plusieurs de ces pinces employées à la fois, afin d'avoir plus de prise sur le tissu morbide en le tordant, ne furent pas plus utiles ; la plupart se faussèrent sous l'effort. Au moyen de ciseaux à branches allongées, plusieurs portions considérables furent ensuite excisées au fond de la gorge. Enfin les érignes et les pinces à polype amenèrent peu à peu la plus grande partie du tissu pathologique. Par suite de ces diverses opérations,

l'artère maxillaire interne du côté gauche avait été ouverte ; une ligature fut aussitôt portée sur le vaisseau lésé, pendant qu'un aide comprimait l'artère carotide, et l'écoulement du sang fut bientôt suspendu.

« Cependant des espèces de racines restaient encore sous forme de fibrilles nacrées et flottantes, insérées sur la partie latérale interne de l'apophyse ptérygoïde et sur plusieurs endroits de la base du crâne. Ces racines se divisaient en petits fils, très-difficiles à saisir et extrêmement adhérents. Néanmoins la plus grande partie du mal était détruite ; on voyait la base du crâne dénudée dans une grande étendue ; les deux sinus sphénoïdaux avaient été ouverts, pour y détruire les insertions polypeuses qui s'étendaient jusque dans leur cavité. Ainsi une mince lamelle osseuse séparait les instruments de la cavité crânienne. Enfin après un travail aussi pénible qu'habile et assuré, toutes les parties visibles du mal furent enlevées.

« L'opération durait depuis près d'une heure ; le malade étant très-fatigué et affaibli, on remit la cautérisation au lendemain. La plaie fut réunie provisoirement et on plaça le malade au lit dans un état d'épuisement syncopal dont il fut assez difficile de le tirer ; cependant une potion calmante ranima un peu ses forces. Il souffrait surtout de la tête, et des élancements douloureux se faisaient sentir dans l'œil gauche.

« Le jour suivant, la plaie fut découverte ; de nouveaux essais ayant été faits pour enlever les dernières parcelles du tissu morbide, la ligature placée la veille fut tiraillée et lâcha prise. Une assez grande quantité de sang jaillit dans le fond de la plaie, mais aussitôt le doigt d'un aide comprima l'ouverture du vaisseau que le cautère actuel oblitéra définitivement. Plusieurs autres cautères, chauffés à blanc, furent promenés dans la gorge et sur la voûte du pharynx avec assez de légèreté pour ne pas entamer les os qui formaient la cavité du crâne. Le tissu morbide fut ainsi détruit jusque dans ses dernières racines. La plaie extérieure fut un peu rafraîchie, et on la réunit au moyen de la suture entortillée.

« Aucun accident ne se déclara, la fièvre traumatique fut modérée ; il persistait seulement un certain mal de tête et des élancements dans l'orbite gauche. La troisième nuit après l'opération, le malade jouit déjà d'un sommeil assez prolongé. Vers le cinquième jour, la plaie de la face était en grande partie réunie ; on ôta quelques épingles et on les remplaça par des bandelettes adhésives.

« Les premiers jours après l'opération, la déglutition était très-difficile et la prononciation pour ainsi dire impossible. Les eschares commencèrent à se détacher vers le quinzième jour et les der-

nières ne tombèrent qu'environ six semaines après l'opération. Il n'y eut aucune suite fâcheuse, la grippe et une légère otite externe tourmentèrent quelques jours le malade, qui fut bientôt totalement rétabli. Il y a environ quinze jours, deux parcelles osseuses se sont détachées de la partie antérieure de l'os maxillaire supérieur droit, à l'endroit où il était articulé avec celui de l'autre côté (1). Le bourgeonnement des tissus du pharynx s'est fait régulièrement et la muqueuse s'est reproduite à peu près sur tous les points. On sent encore, vers l'apophyse ptérygoïde gauche, de petits fragments osseux, mobiles sous le tissu de cicatrice qui la recouvre. Des espèces de bourgeonnements muqueux plus élevés s'étant produits dans les sinus sphénoïdaux, on les a détruits avec le doigt.

« Deux mois se sont écoulés depuis l'opération ; le malade se porte parfaitement bien et il commence à reprendre tout son embonpoint. Cependant plusieurs fonctions ont plus ou moins souffert : l'ouïe est à peu près perdue dans l'oreille gauche, ce qui dépend, sans doute, de la destruction et de l'oblitération du canal d'Eustachi. La phonation est considérablement gênée, surtout pour ce qui regarde l'articulation des sons gutturaux. L'odorat et le goût sont bien conservés : cependant la cloison des fosses nasales est encore déviée à droite et le passage de l'air par la narine correspondante est difficile. La face est peu défigurée ; outre la cicatrice linéaire sur la ligne médiane, on ne voit qu'une légère déviation de la lèvre supérieure et du nez ; la joue gauche est un peu plus affaissée que la joue droite.

« Le sinus maxillaire de l'os enlevé était considérablement rétréci par la pression de la tumeur sur sa paroi interne. La production pathologique, enlevée par l'opération, paraît composée d'une espèce de tissu fibro-élastique : elle est dure, blanchâtre, filamenteuse, élastique ; sous le microscope, elle présente un lacis de fibres assez minces, onduleux, à contours bien marqués, s'anastomosant ensemble, et ressemblant beaucoup au tissu jaune élastique. Ces fibres sont peu altérées par l'acide acétique ; le tissu qu'elles constituent renferme peu de vaisseaux ; je n'y ai pas vu de nerfs. La muqueuse qui la recouvre est épaissie et me paraît plus vasculaire que dans l'état ordinaire. Je crois que ce tissu a des rapports assez marqués avec le périoste, et surtout avec le tissu fibro-élastique, que l'on trouve au devant de la colonne vertébrale et sur la base du crâne. »

(1) Vers la même époque une grande partie de la masse latérale gauche de l'ethmoïde est tombée.

JANV. 1848.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°			
1	755,51	+ 2,3	— 1,0	— 4,7	»	SSE.-SO.	Couvert toute la journée ; menaçant la neige.
2	757,82	— 0,8	+ 2,0	— 2,8	»	SO.-SSO.	Nuageux ; pluie fine dans la soirée.
3	760,16	— 2,3	+ 3,6	+ 0,7	0,38	SSO.	Nuageux, doux.
4	761,66	+ 1,3	+ 4,2	— 1,8	»	SSE.	Suberbe.
5	755,98	— 2,1	+ 2,4	— 2,9	»	SSO.	Très-beau ; pluie dans la soirée.
6	749,74	— 1,4	+ 3,1	— 0,0	1,91	SSO.-ESE.	Assez beau, surtout le soir.
7	752,29	+ 0,5	+ 3,0	— 3,1	»	SSO.-S.	Couvert, incertain.
8	749,41	— 0,5	+ 1,2	— 2,4	»	S.-ENE.	poussière de neige le matin, beau le soir.
9	757,56	— 8,0	+ 1,2	— 8,3	»	E.-ENE.	Beau ; froid vif, piquant.
10	762,69	— 7,0	— 6,0	— 7,9	»	ENE.	Nuageux ; menaçant la neige.
11	766,83	— 5,5	— 4,1	— 8,0	»	ENE.	Couvert le matin et le soir ; beau après midi.
12	768,96	— 5,9	— 4,2	— 8,0	»	E.-OSO.	Couvert et brumeux toute la journée ; dégel le soir.
13	761,27	+ 3,2	+ 4,3	— 4,4	1,02	N.	Très-beau,
14	763,30	— 2,7	+ 4,5	— 3,4	»	N.-SSO.	Nuageux mais beau.
15	757,45	— 4,4	+ 0,3	— 6,2	»	SSO.-OSO.	Neigeux.
16	756,64	— 1,7	— 0,9	— 2,9	0,13	OSO.-ESE.	Brumeux.
17	755,07	— 3,3	— 0,8	— 5,3	»	SSO.	Nuageux.
18	746,94	— 0,3	+ 1,1	— 2,4	»	SSO.-S.	Nuageux.
19	745,57	— 2,2	+ 1,1	— 4,3	»	SSE.-E.	Sombre.
20	751,87	— 7,2	+ 0,2	— 8,0	»	ENE.	Beau le matin ; couvert et neige dans la journée.
21	758,83	— 7,9	— 4,7	— 9,7	1,65	ENE.	Nuageux.
22	759,45	— 6,8	— 5,2	— 7,2	»	E.	Sombre.
23	760,78	— 5,7	— 4,0	— 8,2	»	E.-NE.	Sombre.
24	764,75	— 2,3	— 1,0	— 4,0	»	ENE.	Sombre, menaçant la neige.
25	765,97	— 3,8	— 1,0	— 5,0	0,07	E.	Neigeux, vent fort.
26	761,93	— 9,2	— 2,3	—10,0	»	E.-ESE.	Superbe, vent vif, pas un nuage.
27	760,33	—11,1	— 2,9	—11,4	»	ESE.-E.	Superbe, pas un nuage ; froid vif.
28	756,09	—12,5	— 5,6	—14,4	»	SE.	Très-beau, mais froid.
29	759,59	— 1,0	+ 2,6	— 8,0	»	SSE.-SO.	Nnageux, doux, dégel.
30	755,84	+ 3,1	+ 4,7	+ 1,2	»	SSO.-S.	Couvert, sombre, pluie le soir.
31	740,99	+ 4,3	+ 5,9	+ 3,4	1,78	SSO.	Sombre ; pluvieux.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQ., PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

TOXICOLOGIE. — 1. *Empoisonnement par le camphre.*

(Journal de Chimie médicale, février 1848.)

Un jeune homme de vingt ans, parfaitement bien portant, robuste et fort, était dans une boutique de droguiste pendant que l'on broyait des gâteaux de camphre pour les mettre dans des flacons. Tout en causant, il s'amusait à mâcher de petits morceaux de camphre et il en avala en quelques minutes environ 2 drachmes. Se sentant pris d'un grand mal de tête sans en soupçonner la cause, il sortit de chez le droguiste dans un état d'extrême gaieté. Il proposa une partie de whist à un ami qu'il rencontra, et une fois arrivé chez lui, ses gestes et sa conversation prirent quelque chose d'étrange et de singulièrement bizarre. Par un mouvement subit et inattendu, il quitta la pièce où il jouait, entra dans sa chambre d'où il ressortit aussitôt entièrement nu, en dansant et voulant sauter par la fenêtre. Un médecin, ayant été appelé, trouva le malade dans un état d'excitation allant jusqu'à la frénésie ; le pouls était petit, à 180 ; les conjonctives étaient injectées, la pupille peu dilatée, presque insensible à l'action de la lumière ; la respiration précipitée, et parfois laborieuse, exhalait une forte odeur de camphre ; la face était pâle et égarée. Le besoin d'uriner était fréquent et presque toujours douloureux ; les urines étaient claires et avaient l'odeur du camphre, enfin une sueur visqueuse couvrait tout le corps du malade. Le médecin fit administrer du vin d'opium à la dose de 1 drachme tous les quarts d'heure. Après la troisième dose, le malade vomit, avec les substances renfermées dans l'estomac, quelques fragments de camphre ; il éprouva ensuite le besoin de dormir, que l'on combattit parce que le pouls était très-petit et la respiration gênée. Le même traitement fut continué, et bientôt il y eut amélioration dans l'état du malade que

l'on laissa dormir pendant trois heures. Lorsqu'il s'éveilla, il était encore mieux et n'avait conservé aucune idée du passé. Il ne concevait pas comment et pourquoi il était au lit, et il ne s'expliquait pas l'état de faiblesse où il se trouvait. Quelques jours après il était entièrement rétabli.

D'autres faits indiquent que le camphre peut donner lieu à des accidents graves se rapprochant de l'empoisonnement. On voit qu'Alexander, médecin anglais, voulant, en 1768, s'assurer de la véritable action du camphre, en avala un peu plus de deux grammes, dans un sirop, en une seule fois. Dix minutes après, très-peu d'effet ; seulement le pouls est descendu de soixante-dix-sept pulsations à soixante-quinze ; le thermomètre, appliqué à l'épigastre, marque un degré de moins qu'avant l'ingestion du camphre. Quinze minutes après, le pouls et la chaleur sont revenus à l'état primitif ; mais l'expérimentateur éprouve une lassitude générale, de l'accablement. Ces phénomènes deviennent de plus en plus prononcés. Bientôt après, l'expérimentateur dit que la tête lui tourne, et qu'il éprouve un sentiment de suffocation ; ses idées se brouillent : il se lève, mais il peut à peine se tenir sur ses jambes, ses genoux fléchissent ; il s'approche d'une croisée, les objets dans la rue lui paraissent ondoyants et comme couverts d'un brouillard. Il boit une tasse de bouillon, essaie de lire, mais en vain. A ces phénomènes succède un bourdonnement dans les oreilles, puis il tombe sans connaissance et avec une pâleur effrayante. Sa famille s'alarme avec raison : un de ses élèves est présent. Aussitôt après, des convulsions se déclarent ; le malade a l'écume à la bouche, les yeux égarés et extasiés. On appelle Cullen, qui vole à son secours, puis le professeur Monro. Le malade peut à peine répondre aux questions qui lui sont faites. Enfin, ce ne fut qu'après des vomissements abondants, provoqués par de l'eau tiède, que ces symptômes se dissipèrent peu à peu, et que le malade revint à la santé. Il éprouva toutefois, pendant plusieurs jours, une sorte de raideur générale et de fatigue.

On connaît aussi l'observation rapportée par Edwards « d'un « homme qui, ayant pris un lavement contenant deux grammes « de camphre, éprouva des symptômes analogues à ceux qui « s'étaient manifestés chez Alexander. »

---

2. *Empoisonnement par du poisson.*

(Journal de Chimie médicale, février 1848.)

Un événement fort étrange a eu lieu dans le village d'Aïn-Stidia, près de Mostaganem. Des pêcheurs de cette ville, sur-

pris par un orage, avaient enfermé dans leur cabine le poisson qu'ils avaient pris, et qui s'y altéra jusqu'à un certain point, sans qu'il y parût au dehors. M. le colonel Bosq, commandant le village, et l'agent comptable, M. Déric, ayant acheté une partie de ce poisson, furent pris, immédiatement après en avoir mangé, de douleurs violentes qui présentaient tous les caractères d'un empoisonnement. Le colonel résista, grâce à sa forte constitution, mais M. Déric mourut, au bout de quelques jours, dans d'horribles souffrances. Le poisson que ces messieurs avaient mangé était une espèce de murène.

Note du rédacteur. On doit se demander, si l'on peut attribuer à une altération du poisson, altération qui aurait été causée par un orage, les accidents qui ont été observés et qui ont frappé MM. Bosq et Déric ?

Il nous semble que ces accidents se rapprochent de ceux qui ont été observés à de certaines époques, sur quelques personnes qui avaient mangé des huîtres et des poissons divers.

Les causes de ces accidents méritent d'être examinées, et il serait de la plus grande importance qu'on pût expliquer à quel principe sont dues les maladies qui frappent, quelquefois seulement, les personnes qui font usage de certains aliments, qui généralement ne produisent aucun mauvais effet.

---

3. *Observation sur un cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux, traité par la magnésie.* (Communiqué par M. Cadet-Gassicourt.)

(Journal de Chimie médicale, février 1848.)

Lorsque les journaux de pharmacie et de chimie, en 1846, eurent publié la note sur l'emploi de la magnésie dans le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux, que notre honorable collègue et confrère, M. Bussy, avait transmise à l'Académie des sciences, je m'empressai, comme tous les pharmaciens ont dû le faire, de tenir toujours prête, dans mon officine, de la magnésie convenablement préparée pour les cas d'urgence. Je crus devoir, à cet effet, me mettre en mesure, autant qu'il serait possible, de donner la préférence à la magnésie hydratée, précipitée de la solution de sulfate de magnésie par celle de potasse caustique ; et une longue épreuve m'a fait reconnaître que l'hydrate obtenu de cette manière, lavé, gardé sous l'eau, comme nous faisons pour le proto-sulfate de fer, se conserve parfaitement à l'état floconneux, qui doit être certainement le plus propre à atteindre le but que se propose M. Bussy, celui de l'absorption la plus rapide.

Deux fois, à deux mois environ de distance, M. le docteur Chammartin vient d'avoir occasion, dans mon voisinage, de constater l'efficacité de cet antidote contre l'empoisonnement par l'acide arsénieux.

Le 27 octobre dernier, la dame C.... (demeurant rue Saint-Honoré, 117), âgée de quarante ans environ, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, poussée au désespoir par une contrariété domestique, s'était empoisonnée. Vers les onze heures du matin, cette dame, après avoir déjeuné, mangea une tartine de pain qu'elle avait saupoudrée avec une pincée d'acide arsénieux en poudre, entre deux couches de pommes cuites. Trois ou quatre heures plus tard, elle but une tasse de café au lait qui fut immédiatement vomie. A la suite de ce vomissement, d'autres vomissements eurent lieu, dont les matières ne furent pas gardées ; mais l'examen du papier qui avait servi à envelopper l'arsenic, et qui fut retrouvé plus tard dans la cheminée, suffisait bien pour confirmer la nature du poison, avouée d'ailleurs par la malade. Entre six et sept heures du soir, le sieur C.... appela M. le docteur Chammartin à venir secourir sa femme. A l'arrivée du docteur, les traits de la malade étaient colorés, animés, les yeux injectés offraient une expression prononcée d'inquiétude ; ses bâillements étaient violents. Elle se refusa à la saignée : le médecin prescrivit alors l'emploi de la magnésie hydratée ; 300 grammes de gelée magnésienne furent administrés en quatre fois dans l'espace de deux heures. A la suite de cette médication, il y eut deux évacuations alvines liquides ; les douleurs épigastriques et thoraciques diminuèrent, quoiqu'elles reprissent sensiblement par intervalles. La nuit fut agitée ; vers le matin, la malade commença à goûter le repos et même le sommeil. Au réveil, elle était calme et reposée ; elle regrettait fort le parti désespéré qu'elle avait pris la veille. Son rétablissement fut prompt.

PATHOLOGIE INTERNE.—4. *Recherches cliniques sur l'albuminurie cantharidienne;* par M. le professeur BOUILLAUD.

(Suite : *voir* t. I, janvier 1848, p. 51; t. II, février, p. 11.)

(Revue médico-chirurgicale, février 1848.)

ART. 3. — *Parallèle entre les principaux résultats du travail de M. Morel-Lavallée* (1) *et ceux qui dérivent des observations ci-dessus rapportées.*

CAUSES.	CAUSES.
« 1° Le mode de préparation du vésicatoire est indifférent.	1° Je n'ai opéré qu'avec les vésicatoires, tels qu'il sont préparés pour le service des hôpitaux.
« 2° En général, l'action est d'autant plus sûre et d'autant plus marquée que le vésicatoire est plus grand; cependant, j'en ai vu d'aussi petits qu'une pièce de deux francs et posés sur le front déterminer des fausses membranes dans la vessie.	2° Toutes choses d'ailleurs égales, l'action est d'autant plus prononcée que le vésicatoire est plus grand, *et qu'il est appliqué sur une surface plus favorable à l'absorption du principe actif de la cantharide.* Ainsi, un large vésicatoire, appliqué sur la peau scarifiée, produit à peu près constamment une albuminurie plus ou moins abondante, tandis qu'il arrive assez souvent qu'un vésicatoire pareil appliqué sur la peau intacte ne produit pas l'albuminurie, ou n'en produit qu'une, moins abondante que dans le cas précédent.—J'avoue n'avoir jamais fait d'expériences avec des vésicatoires de la largeur d'une pièce de deux francs seulement, et ce doit être, à mon avis, une chose assez rare que la production de fausses membranes dans la vessie, déterminée par l'application de vésicatoires

(1) Je consigne, dans cet article, les résultats du travail de M. Morel-Lavallée, tels qu'ils se trouvent indiqués dans une note que l'auteur a bien voulu m'adresser.

« 3° La distance du topique du *réservoir urinaire* est indifférente. Il ne s'agit pas, en effet, d'une sorte d'influence à distance, d'autant plus énergique que les points sympathiques sont plus rapprochés, mais d'un fait d'absorption ; et, si l'on peut admettre des degrés de vitesse dans un phénomène presque instantané, il doit être plus prompt à proportion que le point d'application des cantharides est plus près du cœur.

« 4° Il arrive sur le même sujet qu'un vésicatoire *ne retentisse pas sur la vessie*, et qu'un autre, à un court intervalle, bien que la préparation et le diamètre soient les mêmes, *y réagisse* avec une intensité considérable. Ordinairement, c'est le dernier qui réussit, quoiqu'il ait été posé dans un autre endroit, où l'épiderme offrait d'ailleurs sensiblement les mêmes caractères. Est-ce parce que le progrès du mal qui a nécessité l'emploi de ce moyen amène un affaiblissement favorable à l'absorption ?

SYMPTÔMES.

A. *Sécrétion albumineuse.*

« L'albumine se présente sous trois états : 1° en dissolution dans l'urine ; 2° en dépôt au fond du vase ; 3° *en fausses membranes qui se forment dans la vessie.* Ces états ne sont que aussi petits sur le front (surtout la peau étant intacte).

3° Quelle que soit la région de la peau sur laquelle on applique des vésicatoires, l'albuminurie peut avoir lieu. Mais elle se produit plus promptement par l'application d'un vésicatoire sur la peau scarifiée que par l'application d'un vésicatoire sur la peau *intacte.* Ce n'est toutefois, en général, que quelques heures après l'application des vésicatoires que nous avons constaté la présence de l'albumine dans les urines.

4° Je n'ai point étudié le retentissement des vésicatoires sur la vessie, mais bien leur action sur les reins et l'albuminurie qui résulte de cette action *sur les reins* et non de l'action *sur la vessie.* Au reste, dans le cas signalé par M. Morel-Lavallée, il est probable que la *réaction* du second vésicatoire a été favorisée par celle que le premier vésicatoire avait lui-même déterminée, mais à un faible degré, surtout quand le second vésicatoire est appliqué à un très-court intervalle après le premier.

SYMPTÔMES.

A. *Sécrétion albumineuse.*

Je n'ai jamais rencontré l'albumine autrement qu'en dissolution dans l'urine. Dans un cas, il est vrai, une masse comme pseudo-membraneuse existait au fond du vase ; mais on sait

des degrés, dont le plus élevé suppose les autres.

« 1er *degré.* — En général, l'albumine en dissolution *est infiniment plus abondante que dans la maladie de Bright*, au point quelquefois qu'après un jour de refroidissement le précipité constitue la moitié de la hauteur de la colonne liquide dans l'éprouvette. Dans des cas exceptionnels, l'urine ne contient que des traces d'albumine; mais alors les symptômes, *du côté de la vessie*, sont nuls ou à peu près nuls.

« 2e *degré.* — Une partie de l'albumine est dissoute ; l'autre se précipite par le refroidissement, et forme comme un caillot au fond du vase.

« 3e *degré.* — Il se produit *dans la vessie des fausses membranes*, dont la grandeur varie depuis celle d'une simple pellicule jusqu'à celle d'une moitié de carte à jouer. Elles sont quelquefois en rouleaux si volumineux que les infirmiers ou les gardes-malades sont obligés d'exercer des tractions dessus pour en achever l'expulsion par l'urèthre,

que les pseudo-membranes sont essentiellement formées de *fibrine*, et non d'albumine *proprement dite.*

1er *degré.*— En général, l'albuminurie *cantharidienne* est moins abondante que l'albuminurie *ordinaire* portée à un haut degré. Toutefois, il est des cas d'albuminurie *cantharidienne* dans lesquels les urines, traitées par l'acide nitrique ou par la chaleur, ne diffèrent pas notablement des urines fournies par un sujet affecté d'albuminurie *ordinaire* (maladie de Bright) traitées de la même manière. Les urines, après un jour de refroidissement, ne nous ont jamais présenté *le précipité d'albumine* signalé par M. Morel-Lavallée.

2e *degré.* — Dans ce degré, les urines sont plus riches en albumine que dans le premier ; mais nous n'avons jamais vu *l'albumine proprement dite* se précipiter en caillot par le refroidissement.

3e *degré.* — Nous n'avons encore observé qu'une fois les faits signalés ici par M. Morel-Lavallée. Nous rappelons d'ailleurs au lecteur que nous avons plus spécialement étudié l'action des cantharides sur les reins, tandis que M. Morel-Lavallée ne s'est occupé que de la *cystite cantharidienne.*

B. *Symptômes fonctionnels.*

« Quelquefois pas de douleur, et l'albuminurie est le seul symptôme de la *réaction des cantharides sur la vessie.* Le plus souvent, douleur périnéale, mixtion fréquente, épreintes, etc.

B. *Symptômes fonctionnels.*

L'albuminurie, est, dans certains cas, le seul effet notable de l'action exercée sur les *reins* et le reste de l'appareil génito-urinaire par les vésicatoires. Mais, dans la grande majorité des cas que nous avons rapportés, on a observé des envies fréquentes d'uriner, envies quelquefois impuissantes; un sentiment d'ardeur, de cuisson pendant l'émission des urines, un véritable *ténesme* vésical ; parfois même des coliques, des vomissements, un état d'agitation générale, etc. (1).

CONSÉQUENCES PRATIQUES.

« Derrière un rétrécissement de l'urèthre ou une hypertrophie de la prostate, dans une vessie paralysée, dans le cas d'un obstacle quelconque au cours de l'urine, les *fausses membranes* doivent occasionner une rétention de ce liquide et presque inévitablement la formation d'un calcul. Les noyaux de matière muqueuse, de matière organique, de matière animale, ont-ils une autre origine ? Trouve-t-on souvent, en effet, dans les voies urinaires, des pelotons de mucus libres?

« N'a-t-on pas fréquemment attribué à la maladie l'albumi-

CONSÉQUENCES PRATIQUES.

Je dois répéter que je n'ai point étudié *spécialement* ici l'action des cantharides sur la vessie, le seul objet sur lequel paraît rouler le travail de M. Morel-Lavallée. J'ajoute qu'il ne faut pas confondre avec l'albumine, les *pseudo-membranes* et le *mucus*.

Parmi les cas d'albuminurie indépendants de la *maladie de*

(1) Il est bien digne de remarque que, contrairement à l'assertion de certains auteurs, les vésicatoires, même quand ils sont appliqués sur une surface scarifiée et qu'ils produisent un malaise général, de l'agitation et une vive douleur locale, ne produisent pas en général de fièvre notable, et ne l'augmentent pas sensiblement quand elle existe chez les sujets soumis à leur action.

nurie, qui n'était que le résultat du vésicatoire employé pour la combattre? On serait encore exposé à commettre cette erreur aujourd'hui, si l'on ne faisait attention qu'à la douleur dans la région *de la vessie*, et aux *troubles de l'excrétion urinaire ;* car cette douleur et ces troubles peuvent manquer, lorsque cependant il y a sécrétion albumineuse. Et de là quels écarts dans le diagnostic, dans le pronostic, et surtout dans le traitement! Les statistiques d'albuminurie ne sont-elles pas complétement à refaire (1) ? »

Bright (*affection granuleuse des reins*), sur lesquels nous avions appelé l'attention il y a déjà plusieurs années, il en est qui rentrent évidemment dans la catégorie de ceux auxquels nous avons consacré ce mémoire (nous avons cité des exemples de ce genre dans l'un des précédents articles de ces *Recherches*). Nous pensons, avec M. Morel-Lavallée, que l'ignorance, où l'on était resté jusqu'ici sur l'albuminurie cantharidienne, ne permet pas d'adopter sans réserve tout ce qu'on a dit dans les travaux publiés sur l'albuminurie, à une époque antérieure à la découverte de l'albuminurie *cantharidienne.*

Les lecteurs ont pu se convaincre que, dans le résumé de son travail sur la *cystite cantharidienne*, tel que M. Morel-Lavallée a bien voulu me l'adresser, il n'est pas fait la moindre mention de l'action des cantharides sur les reins, et que, selon cet observateur distingué, ce serait dans la vessie elle-même que se formerait l'albumine rendue avec les urines. Cette opinion montre jusqu'à quel point les recherches de notre confrère diffèrent au fond de celles qui me sont propres, puisque l'objet essentiel de celles-ci est de faire connaître une albuminurie dont la source est, non dans la vessie, mais dans les reins eux-mêmes, c'est-à-

(1) M. Morel-Lavallée termine son résumé de la manière suivante : « Ce vésicatoire liquide, que l'absorption pose dans la *vessie*, offre une inconnue que je travaille à éliminer : c'est la présence, directement, matériellement constatée du principe actif des cantharides dans l'urine. Je m'occupe aussi d'une statistique qui donnera la fréquence et les autres lois du phénomène. »

On ne saurait trop engager M. Morel-Lavallée à poursuivre ses intéressantes recherches, et à fixer désormais son attention sur les phénomènes dont les reins sont le siége, en même temps que sur les phénomènes qui se passent du côté de la vessie.

Relativement à la fréquence de l'albuminurie cantharidienne, nous dirons à notre confrère que, depuis environ huit mois, époque où, ne connaissant pas le travail non publié de M. Morel-Lavallée, nous avons communiqué à l'Académie nos recherches sur l'albuminurie *cantharidienne*, cette albuminurie s'est manifestée chez les vingt-cinq à trente malades, auxquels nous avons appliqué d'assez larges vésicatoires sur la peau scarifiée.

dire une *néphrite cantharidienne*, à degrés variables, et non une *cystite cantharidienne*. J'ai même quelque peine à comprendre comment M. Morel-Lavallée n'a pas songé à placer, dans l'organe sécréteur de l'urine, l'affection qui donne naissance à l'*albuminurie cantharidienne*. Laissant maintenant de côté cette première considération, on sent que, pour expliquer les différences qui se rencontrent entre les propositions tout à l'heure mises en parallèle les unes avec les autres, il faudrait au moins avoir sous les yeux les faits recueillis par M. Morel-Lavallée. Je ne puis, réellement, concevoir de telles différences sans supposer que les conditions, dans lesquelles M. Morel-Lavallée a étudié l'action des cantharides, ne sont pas exactement celles au milieu desquelles ont eu lieu mes observations. L'une des hypothèses qui peuvent se présenter à notre esprit, c'est que M. Morel-Lavallée, dans quelques cas du moins, aura dû signaler les résultats de l'action des vésicatoires qui auront été entretenus par l'emploi de pommades cantharidées, tandis que nous n'avons, pour notre compte, étudié que l'action des vésicatoires volants, appliqués sur des régions de la peau tantôt saines, intactes, tantôt soumises à l'opération de la *scarification* (application de ventouses scarifiées). Au reste, nous nous occupons, en ce moment, de recherches sur l'action des vésicatoires entretenus pendant un temps plus ou moins long par l'espèce de pansement mentionné plus haut (pansement avec une pommade cantharidée).

Ajoutons qu'il se pourrait aussi que M. Morel-Lavallée eût tiré ses conclusions d'observations relatives à l'application successive de plusieurs vésicatoires sur le même malade, tandis qu'il ne s'agit guère dans nos observations que des effets d'une seule application de vésicatoire.

Art. 4. — *Conclusions générales des observations précédentes.*

I. *Fréquence de l'albuminurie par l'application de vésicatoires sur la peau scarifiée.* — Les faits que nous venons de rapporter démontrent que de larges vésicatoires, appliqués sur des régions de la peau scarifiées, déterminent, d'une manière à peu près constante, une albuminurie plus ou moins abondante (1). Dans un seul des cas (obs. XIII) que nous avons rapportés, l'albuminurie n'eut pas lieu ; mais il s'agissait, dans ce cas, d'un *petit* vésicatoire.

(1) Nous avons rapporté deux cas d'albuminurie produite par l'application de vésicatoires appliqués sur la peau saine (Obs. XVI et XVII) ; mais nous pouvons affirmer que l'albuminurie n'est pas aussi constante dans ce cas que dans celui où les vésicatoires sont appliqués sur la peau scarifiée, et l'on comprend aisément la cause de cette différence.

Cette albuminurie a eu lieu chez nos malades, quels que fussent leur âge, leur sexe et le genre de leur maladie (1).

II. *Durée de l'albuminurie cantharidienne.*—La durée de l'albuminurie cantharidienne n'est, en général, que de un à trois jours. Chez un seul de nos malades, elle persista pendant un mois et jusqu'à la mort du malade (obs. XV). Mais, chez ce malade, un vésicatoire fut placé sur presque toute la partie postérieure de la poitrine, et, plus tard, lorsque ce premier vésicatoire fut sec, deux autres vésicatoires furent appliqués sur la même région, non scarifiée, ce qui augmenta l'albuminurie produite par le premier. Je dois noter d'ailleurs que, chez ce malade, les urines n'avaient pas été soumises à la réaction de l'acide nitrique avant l'application du premier vésicatoire.

Voici, maintenant, l'indication précise de la durée chez les quinze autres malades (On n'a pas oublié que l'albuminurie manqua chez un malade, auquel on n'appliqua qu'un petit vésicatoire sur une surface d'ailleurs scarifiée) (2).

L'albuminurie dura :

1 jour seulement chez 5 malades (obs. V, VI, VII, XVI, XVII). Deux de ces malades n'avaient pas eu la peau scarifiée. L'albuminurie fut légère chez l'un (obs. XVII), forte chez l'autre (obs. XVI).

2 jours, chez 5 malades (obs. I, IV, VIII, X, XII).

3 jours, chez 3 malades (obs. II, III, IX).

6 jours, enfin chez 1 malade (obs X; chez ce malade, le vésicatoire avait 20 centimètres de hauteur sur 10 à 12 de largeur).

Chez 15 des 16 sujets, l'albuminurie fut constatée dès le lendemain de l'application des vésicatoires.

Dans un seul cas (obs. VII), l'albuminurie n'existait pas à la visite qui suivit celle où le vésicatoire fut prescrit. Elle fut constatée le second jour, et c'est un des cinq cas d'albuminurie pour ainsi dire *éphémère*, ou d'un seul jour de durée.

III. *Altérations anatomiques.* — Chez les deux sujets qui succombèrent, nous ne trouvâmes point de pseudo-membranes dans

(1) Parmi nos 17 malades, on compte 13 hommes et 4 femmes.

Ils étaient âgés de 19 à 68 ans. 3 sujets avaient de 19 à 25 ans; 7, de 32 à 39 ans; 1, de 45 ans; 4, de 52 à 65; 2, de 62 à 68 ans.

6 étaient atteints de pleurésie ou de pleuro-pneumonie; 3, de bronchite, avec ou sans complication d'emphysème pulmonaire; 4, de rhumatisme articulaire avec ou sans endocardite; 1, de névralgie; 3, d'affections *chroniques organiques* du cœur ou de l'aorte.

(2) Les vésicatoires, que nous appelons *larges*, avaient de 12 à 20 centimètres de hauteur sur 8 à 12 de largeur. Quelques-uns, seulement, avaient une étendue un peu inférieure à celle-ci.

la vessie. La seule lésion notable était de la rougeur et de l'injection d'une portion de la membrane interne du système excréteur de l'urine. Dans le cas où la mort n'eut lieu qu'un mois après le début de l'abuminurie cantharidienne, il existait, en outre, un peu d'opalinité et d'épaississement de la membrane (l'autre sujet succomba trois jours après le début de l'albuminurie cantharidienne).

Depuis que nous avons livré ce travail à l'impression, nous avons recueilli un cas d'albuminurie cantharidienne, avec production de pseudo-membranes fibrineuses à l'intérieur du système excréteur des urines. Un tel cas est trop intéressant pour que les lecteurs de ce journal ne nous sachent pas gré de le rapporter. Le voici :

Obs. XVIII. — Le nommé Rameau, âgé de 22 ans, fut admis à la Clinique, le 18 novembre 1847, pour une fièvre continue avec état typhoïde, et pneumonie du poumon droit. La maladie datait de 4 jours. (Cette observation a été recueillie dans tous ses détails, mais je n'insisterai ici que sur les points relatifs à l'*albuminurie cantharidienne*.)

Une saignée fut pratiquée le jour de l'entrée.

Le 19. Point de soulagement notable.

Saignée de 3 *à* 3 *palettes et demie* (matin et soir); *ventouses scarifiées*, 3 *palettes sur l'abdomen; solut. sir. gomm.*; *lavements émollients; diète.*

Le 20. Un peu d'amélioration. — L'état de prostration du malade ne permet pas d'insister sur les saignées générales.

Ventouses scarifiées au côté droit de la poitrine (région du scapulum), 3 *palettes, et vésicatoire sur la même région.* Le malade ayant uriné sous lui, on ne put, à la visite du 21, soumettre les urines à la réaction de l'acide nitrique. Ce jour-là, des sinapismes furent appliqués aux mollets. — Les urines du 22 ne se troublèrent point par cet acide.

Le 22. *Nouveau vésicatoire sur la même région, le matin, et le soir, vésicatoire sur la région sous-claviculaire droite.*

Le 23. *Les urines précipitent abondamment par l'acide nitrique.* (Le malade avait éprouvé depuis hier quelques envies d'uriner, sans pouvoir rendre d'urine.)

D'ailleurs, point de nouvelle amélioration ; le délire s'était ajouté aux symptômes de la pneumonie dès la nuit du 19 au 20, et l'on fut obligé d'attacher le malade ; la pneumonie s'étendait de haut en bas à de nouvelles portions du poumon, et tout annonçait une terminaison funeste.

Le 24. *Les urines précipitent encore abondamment par l'acide*

nitrique. Ces urines, avant d'être traitées par l'acide nitrique, étaient un peu troubles et d'un jaune sale; et au fond du vase existait un léger précipité (le malade avait beaucoup sué). — Le précipité indiqué se dissolvait par l'acide nitrique.

L'état du malade s'aggrave de plus en plus; la respiration augmente de fréquence. On avait compté de 32 à 36 les jours précédents, bien que le malade ne ressentît aucune douleur, ne se plaignît d'aucune gêne de la respiration; ajoutons que nul crachat ne fut rendu pendant tout le temps que le malade passa dans notre service, ce qui n'est pas très-rare dans la *pneumonie du sommet.*

Mort à sept heures du soir.

Autopsie cadavérique 38 heures après la mort. — Les reins ont à peu près 12 centimètres de longueur sur 7 à 8 de largeur. Leur surface est d'un rouge sombre; leur capsule fibreuse, mince, transparente, se détache facilement, laissant à nu les *étoiles de Verheyen* fortement injectées, et se *détachant en teinte noirâtre* sur la surface rouge de la substance rénale, laquelle, exempte de toute granulation, est parfaitement lisse. La rougeur de l'extérieur des reins pénètre dans la substance corticale. Les mamelons offrent une couleur rosée, et sont très-allongés et pointus. *La membrane interne des bassinets et des calices est abondamment injectée, et en quelques points, violacée, comme ecchymosée; sa surface est inégale, grenue, et parsemée de points blancs un peu saillants, irréguliers, formés par des pseudo-membranes très-petites. Sur chaque rein, on trouve dans un des calices une fausse membrane d'un blanc-jaunâtre assez résistante, libre dans une partie de son étendue, adhérente dans le reste à la membrane sous-jacente. La surface interne des deux uretères est semblable à celle des bassinets, et tapissée aussi de quelques fausses membranes disséminées dans toute leur longueur.*

La surface interne des veines rénales est lisse et blanchâtre.

La vessie, à peu près vide, présente d'ailleurs une capacité sensiblement normale. Ses parois ont leur épaisseur ordinaire. La membrane muqueuse est lisse et blanche dans toute l'étendue du corps du viscère, mais elle offre un peu d'injection au pourtour du col. Dans toute la région du bas-fond, on rencontre çà et là des plaques pseudo-membraneuses minces, blanchâtres, fortement adhérentes à la muqueuse, qui est un peu injectée au-dessous et autour d'elles.

A l'embouchure vésicale de chacun des uretères, on trouve un paquet de fausses membranes d'un blanc-jaunâtre, assez résistantes, du volume d'une petite noisette, et adhérentes à la muqueuse, sur

laquelle elles forment un relief très-prononcé. La surface de ces paquets est inégale, et la muqueuse est peu injectée à leur voisinage.

Les pièces ci-dessus décrites ont été présentées par moi à l'Académie dans la dernière séance du mois de novembre 1847.

IV. *Mode d'action des cantharides sur les reins, ou nature de l'affection rénale dans l'albuminurie cantharidienne.* — Les observations qui viennent d'être rapportées ne confirment pas seulement ce que l'on savait déjà, de temps pour ainsi dire immémorial, savoir l'action irritante ou stimulante que les cantharides exercent sur le système génito-urinaire; elles prouvent aussi, de la manière la plus certaine, que l'un des effets, par lesquels se manifeste cette excitation, consiste dans la production d'une quantité plus ou moins considérable d'albumine que les urines entraînent avec elles, production dont les anciens observateurs n'avaient fait aucune mention.

Quel est le mécanisme qui préside à la formation de l'albumine dans l'espèce d'albuminurie accidentelle ou *artificielle* qui nous occupe, et, d'abord, dans quelle portion de l'appareil urinaire s'opère l'acte morbide auquel l'albumine doit ici sa naissance? Tout tend à prouver que, dans l'albuminurie cantharidienne, comme dans celle que M. Rayer désigne sous le nom de *néphrite albumineuse*, les reins sont bien réellement le siége de l'acte pathologique, d'où provient l'albumine que contiennent anormalement les urines. Mais est-ce dans le tissu propre des reins, est-ce dans la membrane séreuse ou séro-muqueuse qui tapisse le système excréteur de ces organes sécréteurs de l'urine, que s'opère cet acte pathologique? L'état où nous avons trouvé la membrane interne des calices et du bassinet, chez trois sujets qui ont succombé, semble nous inviter à placer, dans la membrane interne du système excréteur des reins, l'affection qui engendre l'albumine. Une considération propre à fortifier cette opinion, c'est que : 1° l'action locale des vésicatoires elle-même s'exerce sur un élément de la peau que l'on peut comparer, jusqu'à un certain point, au tissu séro-muqueux qui constitue la membrane interne des reins; et que 2° le produit sécrété par cet élément de la peau contient de l'albumine en abondance, comme le produit sécrété par l'élément des reins qui nous paraît être le siége, sinon unique, du moins principal, de l'action du principe actif de la cantharide, introduit par l'absorption dans le torrent circulatoire sanguin.

Si le rapprochement que nous venons d'établir est bien fondé, il s'ensuit que la portion de cantharides absorbée à la surface des vésicatoires, mise en contact avec la membrane interne du sys-

tème excréteur de l'urine, y produit une sécrétion accidentelle, analogue à celle déterminée par le vésicatoire sur la couche de la peau que tapisse immédiatement l'épiderme. Or, cette sécrétion, dans l'un et l'autre cas, fournit un liquide séreux, et l'on sait qu'un pareil liquide contient, comme le sérum du sang, une forte proportion d'albumine. Le liquide séreux, sécrété par la membrane interne de l'appareil excréteur des reins, se mêle à l'urine, et c'est là qu'on en démontre la présence par les réactifs que tout le monde connaît. L'action qui préside à la sécrétion de cette membrane interne des reins, comme celle qui préside à la sécrétion sous-épidermique déterminée par un vésicatoire, appartient à l'ordre des *irritations* dites *sécrétoires* (Dupuytren et Marandel); et, s'il est permis de se servir quelquefois d'un langage métaphorique en médecine, on peut dire que l'action exercée à l'intérieur des reins, dans le cas qui nous occupe, est une *vésication rénale*. Quoiqu'il en soit, si l'on admet que cette irritation sécrétoire a son siége essentiel dans la membrane interne des reins et non dans leur tissu parenchymateux, c'est par le mot d'*endonéphrite sécrétoire* ou d'*endonéphrite albumineuse*, plutôt que par celui de *néphrite albumineuse* qu'il convient de la désigner.

Répétons, en terminant, que, dans les cas où l'irritation s'élève au degré qui constitue l'inflammation, il y a aussi production d'un *secretum fibrineux* (*lymphe plastique de* Hunter).

---

5. *De la curabilité et du traitement rationnel de la phthisie pulmonaire;* par M. le professeur FORGET.

(Bulletin général de Thérapeutique, janvier 1848.)

« En adoucissant les symptômes, on
« emporte toujours quelque chose
« de la maladie principale. »
BOERHAAVE (*Institut.*, 1244).

La thérapeutique moderne offre le spectacle singulier d'un tourbillon d'atomes éphémères qui brillent un instant pour s'évanouir et faire place à de nouveaux éléments non moins fugitifs.

La cause de cette fièvre stérile, de cette agitation dans le vide, se trouve dans l'émancipation substituée au joug d'une puissante doctrine; c'est la réaction succédant à la compression; c'est l'empirisme déchaîné, dansant sur les ruines d'un dogmatisme tyrannique. Aussi qu'arrive-t-il? C'est que de ces mille remèdes, fruits avortés de l'illusion ou du mensonge, il ne reste rien dans la pratique, pas même le souvenir de leur passage; car la légèreté qui les produit et l'insouciance qui les accueille les abandonnent bientôt pour courir après de nouvelles déceptions. C'est

ainsi que chaque jour amène sa pâture à l'insatiable avidité des praticiens, que tant de leçons ne peuvent convertir. Cependant, à ceux qui ont la facilité et la volonté de réfléchir, cette incessante fantasmagorie fournit un précieux enseignement : c'est qu'en fait de science il n'est rien de solide que ce qui est longuement observé, froidement mûri et basé sur le raisonnement qui, loin d'être en antagonisme avec l'expérience, ne fait que confirmer et consacrer celle-ci ; car aux yeux de la philosophie, il est impossible que l'expérience *vraie* soit en désaccord avec la *saine* raison.

Voyez ce qui arrive aux hommes sérieux et désabusés ; c'est qu'en définitive ils en reviennent aux errements classiques, pour ainsi dire, dans le grand chemin de la pratique. Observez les procédés des praticiens célèbres et mûris par l'expérience, vous serez étonnés de la simplicité, de la vulgarité même de leur thérapeutique : vous ne les voyez point donner dans les excentricités juvéniles et chatoyantes de la presse quotidienne ; paisibles spectateurs, ils laissent, sans s'y mêler, passer ces turbulentes saturnales. Il y aurait un curieux recensement à faire, ce serait celui des traitements usités par nos plus graves praticiens dans ces maladies qui, chaque jour, sont l'objet d'innovations curatives : la fièvre typhoïde, le rhumatisme, les diverses hydropisies, les tubercules, le cancer même : nul doute qu'on ne restât stupéfait du peu de traces laissées par le mouvement prodigieux de la thérapeutique depuis trente ans. Nous en offrirons un exemple frappant et qui ne manque pas d'actualité, c'est ce qui s'est passé durant le règne, heureusement assez court, du choléra épidémique à Paris ; des centaines de médications ont été formulées et appliquées contre cette fatale maladie ; or, tant de tribulations n'ont abouti qu'à consacrer le traitement usité de tout temps et en tous lieux contre le choléra pur et simple, à savoir : antiphlogistiques, sédatifs et révulsifs ; pas un spécifique n'a survécu. Eh bien ! le cas échéant, (*dî omen avertant !*) cette grande leçon serait perdue, et nous verrions se renouveler les mêmes aberrations ; ainsi va le monde, tant il est vrai de dire avec un sage : « L'expérience des pères ne profite pas aux enfants. » C'est que le mouvement est nécessaire à l'esprit aussi bien qu'à la matière.

Néanmoins, il n'est pas inutile de faire de temps en temps, comme le veut Bacon, le recensement de nos produits, le budget de nos richesses, afin de séparer, autant que possible, le bon grain de l'ivraie. C'est ce que nous allons tenter au sujet d'une maladie bien vulgaire, bien grave, et considérée généralement

comme désespérée, en dépit des encouragements apportés par l'anatomie pathologique et des espérances qui devraient surgir des succès proclamés de temps en temps : je veux parler de la phthisie ou tuberculisation pulmonaire. Nous nous bornerons ici à examiner deux questions intimement liées l'une à l'autre : celle du degré de curabilité de la phthisie pulmonaire, et celle du traitement qui procure les résultats les moins malheureux.

§ Ier. *Du degré de curabilité de la phthisie pulmonaire.* — La curabilité de certains cas de phthisie est démontrée, *anatomiquement*, par la cicatrisation des cavernes et par la dessication des tubercules réduits à l'état crétacé (Laënnec, Andral, Rogée, J. Boudet, etc.) ; *cliniquement*, par d'apparentes guérisons de phthisies constatées pendant la vie. Pourquoi donc la curabilité de la phthisie soulève-t-elle tant d'incrédulité parmi les observateurs les plus expérimentés ? Le voici : 1° ce ratatinement du sommet des poumons, qu'il est si fréquent de rencontrer dans les autopsies, n'est pas incontestablement le produit de cicatrisations tuberculeuses ; ce caractère n'est évident que lorsqu'il existe dans la cicatrice ou autour d'elle des tubercules secs, crétacés ; 2° ces tubercules crétacés, considérés comme des résidus de phthisie, sont toujours en très-petit nombre ; jamais on n'a rencontré de véritables farcissements tuberculeux, avec ou sans cavernes, dans cet état de sécheresse ou de cicatrisation ; 3° ces tubercules crétacés en petit nombre ne constituent pas une phthisie confirmée, telle que nous l'entendons ; rarement ils ont manifesté leur présence pendant la vie ; on les rencontre chez les individus les mieux constitués ; les vastes poumons de Broussais offraient, dit-on, de ces tubercules. En raison de leur petit nombre, il est impossible de les constater pendant la vie ; il est même douteux qu'ils aient jamais été ramollis ; qu'ils aient jamais suscité de notables accidents, etc. ; bref, ces cas de phthisie rudimentaire, occulte, ne peuvent entrer en ligne de compte. Ce dont il s'agit, c'est de savoir s'il y a guérison possible dans le cas de tuberculisation, bien et dûment constatée de par les procédés explorateurs, de par les symptômes fonctionnels et de par l'autopsie ; c'est de ceux-là que M. Louis a dit : « Si l'existence de la phthisie est bien constatée, on doit s'attendre à voir périr le malade. »

Cependant les prétendus cas de guérison de phthisie confirmée ne manquent pas dans les archives de la science ; il est même peu de praticiens qui ne prétendent en avoir observé et obtenu, pour leur propre compte. Or, dans notre opinion, voici ce qui se passe alors : soit une tuberculisation au premier ou au deuxième degré, caractérisée par la toux, les crachats floconneux, la matité

sous-claviculaire, la respiration rude ou le craquement humide, les hémoptysies, etc. ; un traitement quelconque est appliqué, la plupart de ces phénomènes s'amendent ou disparaissent, on proclame le malade guéri, on le perd de vue, et voilà, dit-on, *un fait acquis à la science.* Mais que les circonstances vous permettent de suivre le sujet ; patientez un an, deux ans, dix ans, et il vous arrivera probablement ce qui m'est arrivé, à moi-même, dans les cas suivants.

Premier fait. — M. S., étudiant en médecine, âgé de vingt-quatre ans, de constitution lymphatique, pâle, sujet à tousser pendant l'hiver, a éprouvé antérieurement des hémoptysies, dont un nouvel accès l'amène à notre Clinique. Nous constatons : toux, crachats suspects, matité à la percussion et râles muqueux sous les clavicules, mouvement fébrile, etc. Plusieurs applications de sangsues sous les clavicules, les mucilagineux, les opiacés et les révulsifs procurent, dans l'espace d'un mois, la cessation de l'hémoptysie, de la toux, des crachats, des râles muqueux et de la fièvre ; il ne reste qu'un peu d'obscurité du son sous les clavicules. Nous nous croyons en droit de le dire guéri, nous le citons comme un exemple de ces bonnes fortunes si rares dans la pratique, car il a repris ses occupations ; mais au bout de *trois ans*, il nous revient, offrant les mêmes symptômes qui, cette fois, résistent aux mêmes moyens et à beaucoup d'autres. Cependant le sirop de morphine, qu'il prend à des doses énormes, tempère ses souffrances ; il languit une année encore et s'éteint dans le marasme, les poumons creusés de nombreuses cavernes, quatre ans après sa guérison.

Deuxième fait. — Il y a dans ce moment, de par la ville, un jeune garçon coiffeur que j'ai guéri d'une tuberculisation au deuxième degré, dans des circonstances et par des moyens analogues à ceux exposés ci-dessus, si ce n'est qu'ici les honneurs de la guérison paraissent devoir être attribués à l'huile de foie de morue ; il y a de cela quatre ans. Ce garçon, que je rencontre souvent, ne cesse de me témoigner sa gratitude ; mais il tousse, il souffre l'hiver, il est pâle, maigre, chétif, et je m'attends à le voir revenir un jour succomber entre les mains qui l'ont guéri.

Dans d'autres cas de tuberculisation plus manifeste, où l'on constate les signes du troisième degré, souffle caverneux, gargouillement, pectoriloquie, on peut encore obtenir des guérisons.

Troisième fait. — Un homme de trente ans, de constitution assez grêle, entre à la Clinique offrant des signes de tuberculisation avancée, notamment une caverne manifeste au sommet du poumon droit ; il est miné par la toux, les crachats et la fièvre.

Quelques saignées locales, les émollients, les calmants, les révulsifs, notamment l'huile de foie de morue, le sirop d'acétate de morphine et un cautère au bras, ramenèrent graduellement le calme, puis l'embonpoint ; si bien qu'au bout de six mois environ tous les symptômes sont à peu près disparus, sauf un souffle caverneux *sec*, indiquant une caverne cicatrisée. Nous le conservons, nous le choyons comme un exemple de guérison de phthisie désespérée ; enfin nous le renvoyons, mais en prédisant son avenir. En effet, le malheureux nous revient au bout de deux ans, les poumons criblés de nouvelles cavernes, et succombe à cette recrudescence de sa maladie.

Quatrième fait. — Mlle G... est une jeune fille de vingt ans, née de parents bien constitués ; mais elle est grêle, pâle, ayant ce qu'on appelle une poitrine délicate, c'est-à-dire s'enrhumant avec facilité ; elle n'a jamais eu d'hémoptysie. Elle vient me consulter pour un rhume, et, à l'examen du thorax, je constate une vaste caverne au sommet du poumon droit. C'était en automne : je fais pressentir à ses parents que le mal est des plus graves, et qu'il est à craindre que l'hiver ne se passe pas sans catastrophe. Cependant un traitement approprié, notamment l'huile de foie de morue et l'acétate de morphine, modèrent les accidents, et la jeune fille reprend ses occupations, sauf quelques ménagements, comme de ne sortir que par les beaux jours. De temps en temps elle a recours à mes conseils. Un an se passe, puis deux, puis cinq, la malade continuant de courir la ville avec sa caverne, sauf quelque temps d'arrêt, en faisant mentir mon pronostic, qui pourtant finit par se réaliser, la pauvre fille ayant enfin succombé au bout de six ans.

Cinquième fait. — Une fille de trente et un ans, de constitution délicate, portant des cicatrices de scrofules, entre à la Clinique le 1er janvier 1839. Elle tousse depuis plusieurs années, n'a plus les règles depuis six mois, et a craché du sang il y a quelques jours. Amaigrissement notable, diarrhée et sueurs nocturnes. Nous constatons : matité, râles muqueux, souffle caverneux, pectoriloquie sous la clavicule droite ; dyspnée, toux vive, crachats floconneux, mouvement fibrile. (Saignée de trois palettes, looch avec laurier-cerise, solution de gomme, soupe au lait.) Un peu de soulagement.

Le sixième jour, nous expérimentons l'acide hydrocyanique prôné par les journaux d'alors ; nous le continuons pendant vingt-quatre jours, en le portant graduellement de 3 à 10 gouttes ; la toux paraît modifiée ; mais les autres phénomènes, notamment l'oppression, persistent au même degré.

Le trente-deuxième jour, nous revenons aux adoucissants, aidés de la digitale. (Solution de gomme, looch avec teinte de digitale, 10 gouttes.)

Nous employons ensuite l'opium, puis l'acétate de plomb et l'agaric blanc contre les sueurs, un vésicatoire au bras, etc.

Le cinquante-troisième jour, le mieux est décidé : les râles, le souffle caverneux, la pectoriloquie, la toux, les crachats, la dyspnée ont diminué. Cependant il y a quelques retours de fièvre : une petite saignée, dix sangsues sous la clavicule, répriment ces exacerbations; les émollients, les sédatifs, le régime doux sont continués.

Vers le milieu de mars (soixante-cinquième jour), de nouveaux phénomènes d'excitation exigent une nouvelle saignée. L'opium, la belladone, des ventouses sèches autour du thorax et sur les membres, sont mis en usage.

Vers le quatrième mois la toux a cessé, les forces et l'embonpoint reparaissent ; mais il y a toujours matité et souffle caverneux *sec* sous la clavicule droite.

Bref, la malade sort après cinq mois de traitement, paraissant et se disant guérie. Les règles n'ont pas reparu.

Elle est guérie, en effet, comme on guérit la phthisie confirmée, comme furent guéris les sujets précédents. Je n'ai pas revu la malade, mais j'ai la conviction qu'elle est allée mourir ailleurs.

Donc, l'expérimentation sûre, l'observation clinique, nous paraissent avoir démontré les propositions suivantes :

1° Il n'y a que les tuberculisations légères, rares, disséminées, occultes ou douteuses pendant la vie, qui soient susceptibles d'une solide guérison.

2° Les phthisies avérées, avec farcissement tuberculeux à tous les degrés, peuvent aussi donner lieu à des guérisons apparentes, mais temporaires, suivies, tôt ou tard, de recrudescence et de mort.

Et voilà pourquoi les praticiens expérimentés se montrent incrédules à l'endroit des prétendues guérisons de phthisies confirmées, lesquelles ne sont que des illusions ou des erreurs de diagnostic. Déjà Morton avait signalé ces rétablissements passagers, ces retours momentanés au calme et à l'embonpoint chez les phthisiques.

Ces données, toutes pratiques, sont susceptibles d'une interprétation toute rationnelle : dans la phthisie confirmée, il existe constamment, ou très-peu s'en faut, des myriades de tubercules, à divers degrés, dans le parenchyme pulmonaire. Que vous parveniez à réduire quelques-uns de ces tubercules à l'état inerte ; que vous obteniez l'évacuation de quelques autres, et la cicatri-

tion des cavernes qui en résultent ; que vous arriviez même à déterminer la résolution, la résorption des tubercules rudimentaires, ce qui est fort problématique ; à côté de ces tubercules secs, de ces tubercules évacués, de ces cavernes cicatrisées, de ces granules résorbés, il en existe des milliers d'autres, qui marchent et feront tôt ou tard explosion ; le tubercule, assoupi lui-même, peut, tôt ou tard, se réveiller. Ce n'est pas tout : pour peu que la diathèse soit développée, des tubercules existent, ou se produiront dans d'autres organes essentiels à la vie, notamment dans le tube digestif, où l'on en rencontre presque toujours, et celui qui ne succombera pas par le poumon succombera par l'intestin ou par tout autre organe.

Pour obtenir la guérison, il est deux conditions essentielles : guérir la diathèse et guérir le tubercule ; ce sont là deux coefficients inséparables. Celui qui ne s'occupera que de corriger la diathèse et celui qui ne songera qu'à fondre les tubercules, échoueront également et nécessairement. Or, détruire la diathèse est chose d'autant plus difficile, que nous ignorons précisément en quoi elle consiste ; résoudre le tubercule est peut-être plus difficile encore, et si la théorie peut en faire admettre la possibilité, celle-ci n'est constatée par aucun fait bien avéré, comme le fait très-bien observer M. Louis ; si bien que, pour les autorités les plus graves, la tuberculisation n'est guérissable que par la dessiccation ou l'élimination de la matière tuberculeuse, et nous partageons cette opinion quant à présent, et sans désespérer des progrès ultérieurs de la thérapeutique.

Est-ce à dire qu'il faille abandonner les pauvres phthisiques aux ravages de la maladie ? Non sans doute, et l'on vient de voir, par les observations ci-dessus, que nous sommes en droit d'espérer d'assez heureux résultats. La médecine qui soulage, qui calme les douleurs et qui retarde la mort, est peut-être aussi fréquemment utile que celle qui guérit ; elle suffit à la gloire de l'art et doit suffire à l'ambition de l'artiste.

Dans un prochain numéro, nous tracerons le traitement rationnel de la phthisie pulmonaire, en nous basant sur les grands principes fondamentaux qui doivent dominer la thérapeutique de cette affection.

---

6. *De la névralgie générale, affection qui simule les maladies graves des centres nerveux, et de son traitement ;* par M. Valleix, médecin de l'Hôtel-Dieu (Annexe).

(Bulletin général de Thérapeutique, janvier 1848.)

Il y a quelques mois, j'ai publié une observation qui a paru

curieuse au double point de vue des symptômes et de l'efficacité d'un traitement fort simple. Les symptômes étaient tels, que, si on avait voulu juger le cas d'après les connaissances qu'on peut acquérir dans les traités de pathologie, on aurait été nécessairement bien embarrassé. Ce n'est pas que de pareils faits n'aient dû se présenter un assez grand nombre de fois à l'observation : j'ai la conviction du contraire; mais c'est que les phénomènes auxquels donne lieu la maladie dont je vais m'occuper sont si variés, paraissent si graves et s'expliquent si bien par une lésion des centres nerveux, que souvent on a dû rester dans le doute, et que plus souvent encore on a dû, sans autre examen, s'arrêter à l'idée d'une affection encéphalo-rachidienne grave. Comme on le voit, il y a déjà là une question bien importante à étudier; car si les faits viennent démontrer qu'il ne s'agit, dans les cas de ce genre, que d'une simple névrose ayant son siége dans les nerfs superficiels, le pronostic sera bien moins fâcheux.

Mais ce n'est pas seulement sous ce point de vue que la maladie particulière et bien peu connue encore, dont il va être question, présente un vif intérêt au praticien. Nous savons, par expérience, qu'à moins d'être très-légères, les névralgies n'ont pas une grande tendance à se dissiper spontanément, et qu'un certain nombre d'entre elles vont, au contraire, toujours croissant et acquièrent ainsi un degré de gravité souvent très-élevé. Or, si l'on ne sait pas distinguer les cas dont il s'agit, ou bien on leur applique des moyens thérapeutiques qui ne conviennent point, ou bien on les néglige et on se contente de leur opposer quelques palliatifs, croyant avoir affaire à une maladie profonde des centres nerveux chronique et incurable, et le mal fait des progrès continuels, et les malades, devenus incapables de rien faire, souffrant beaucoup, ayant leurs principales fonctions troublées, sujets à des étourdissements, à des vertiges, jetés dans une prostration générale très-grande, peuvent rester longtemps dans ce fâcheux état. Je n'ai pas besoin d'en dire davantage pour faire comprendre combien la médecine pratique est intéressée à ce qu'une affection aussi insidieuse puisse enfin être reconnue avec facilité. Si je réussis, comme je l'espère, à en tracer nettement les caractères, ce sera encore une affection bien définie, enlevée à cette nombreuse et confuse classe des névroses dont tout le monde a signalé l'infinie diversité.

Je n'ai pas la prétention, toutefois, de donner, dans cet article, une histoire complète de la névralgie générale; je veux seulement, à l'aide des faits que j'ai recueillis, en tracer les principaux traits. Ces faits sont au nombre de quatre, y compris

celui que j'ai déjà publié. Ils ont été observés avec soin, et, bien que leur nombre soit peu considérable, on peut en tirer quelques conclusions d'une grande portée, sous les points de vue de la symptomatologie et de la thérapeutique.

Étiologie. — N'ayant que quatre faits à ma disposition, j'aurai peu de chose à dire relativement à l'étiologie. Ce n'est, en effet, que lorsqu'une circonstance se présente dans une proportion considérable des cas, qu'on peut voir entre elle et le développement d'une maladie un rapport réel de cause à effet. Il n'est guère que les cas, où l'affection est due à une violence extérieure, qui sortent de cette règle.

Je dirai d'abord que les sujets de ces quatre observations étaient des ouvriers qui, depuis quelque temps, se trouvaient dans des conditions hygiéniques peu favorables. L'un habitait un logement froid, humide, mal aéré ; les autres se nourrissaient mal et ne prenaient souvent aucune précaution contre les intempéries de l'air auxquelles ils s'exposaient. Il est donc probable que cette mauvaise hygiène est une cause de la maladie qui nous occupe.

N'ayant, dans mon service à l'Hôtel-Dieu (annexe), que des hommes, je n'ai rien à dire de l'influence du sexe. Mais il est une habitude des malades qui mérite d'être mentionnée : deux d'entre eux buvaient tous les matins, ordinairement à jeun, une quantité d'eau-de-vie qui variait d'un jour à l'autre ; qui quelquefois n'était que d'un seizième de litre, qui assez souvent s'élevait jusqu'à un huitième de litre, et qui, chez l'un d'eux du moins, allait parfois jusqu'à un quart. Lorsqu'on lira les observations que je présenterai plus loin, on comprendra combien il était important de signaler ce fait, car il n'est pas douteux que la pensée d'un *delirium tremens* ne se présente à l'esprit du lecteur, comme elle s'est présentée à moi. Mais outre que, lorsque j'étudierai le diagnostic, il me sera facile de faire voir qu'il y a de grandes différences entre l'état dans lequel se trouvaient les sujets et le *delirium tremens*, il suffit de faire remarquer que, chez deux de ces sujets, l'habitude de boire de l'eau-de-vie n'existait pas, et que, s'ils faisaient des excès, ils n'étaient pas assez fréquents pour qu'on pût leur rapporter la production de la maladie.

Je n'ai rien de plus à ajouter à cette étiologie, qui ne tardera sans doute pas à acquérir un assez haut degré de précision, dès que, les médecins ayant appris à distinguer l'affection dont nous nous occupons, nous pourrons rassembler un nombre un peu considérable de faits.

Symptomatologie. — Le premier symptôme que nous avons à étudier est la douleur. Ce symptôme est des plus importants, et il mérite d'autant plus de fixer l'attention du praticien, que les malades peuvent ne l'accuser que vaguement, et que, si on ne le recherche pas à l'aide d'une exploration méthodique, on peut facilement en méconnaître l'existence.

La douleur est, comme on va le voir, de nature essentiellement névralgique. Elle occupe, en effet, des points limités et plus ou moins éloignés les uns des autres. Ces points sont sensibles à la pression. Ils sont parfois le siége d'élancements plus ou moins vifs et plus ou moins étendus, et ils se trouvent précisément là où l'on rencontre les points douloureux à la pression dans les névralgies ordinaires. Ainsi, on les trouve disséminées le long de la colonne vertébrale, dans différentes parties des espaces intercostaux, le long de la crête iliaque, à l'épigastre, à l'hypogastre, comme dans les névralgies cervicale, dorsale, lombaire ; le long du trajet des nerfs trifacial, occipital, cubital, radial, sciatique , etc. Comme dans les névralgies, c'est au point d'émergence, là où les nerfs deviennent superficiels, là où ils viennent se terminer dans la peau, que la douleur se manifeste. En un mot, il y a identité parfaite, de telle sorte que, quand même on ne voudrait pas admettre que la maladie tout entière consiste dans une névralgie, il faudrait au moins reconnaître que, quelle que soit l'affection à l'existence de laquelle on s'arrêterait, il y a complication, et qu'il existe des symptômes de névralgie qu'il est impossible de nier. Mais quand je traiterai du diagnostic, il me sera facile de démontrer, à l'aide des faits, que tous les symptômes peuvent très-bien se rapporter à une simple névralgie, tandis qu'ils ne peuvent être l'expression exacte d'aucune autre maladie connue.

Je pourrais donner un exemple bien frappant de l'existence de ces points douloureux multipliés, en reproduisant ici l'observation que j'ai publiée, mais les bornes de cet article m'en empêchent, et je dois me contenter de renvoyer le lecteur au Mémoire que je viens de citer. Tout ce que je dirai ici, c'est qu'il n'y avait presque pas de point du corps, où puisse se manifester une douleur névralgique, qui ne fût douloureux chez le sujet de cette observation. On verra que,dans les autres cas, le nombre des points douloureux était également très-considérable.

Un autre point sur lequel je dois insister, c'est qu'il ne faut pas se hâter de conclure d'un premier examen, souvent incomplet , que ces points douloureux n'existent pas. Il peut arriver ,

en effet, que dans certains moments les douleurs ne soient nullement caractéristiques, et que le malade se plaigne seulement d'une douleur vague et générale, tandis que plus tard la douleur devient tout à fait pathognomonique. L'observation suivante, recueillie par M. Mailly, interne des hôpitaux, en est un exemple trop frappant pour que je puisse me dispenser de la mettre sous les yeux du lecteur.

Obs. I. — *Névralgie générale accompagnée de symptômes qu'on pouvait rapporter à une affection cérébrale; cautérisation transcurrente; guérison.* — Le nommé Duval, menuisier, âgé de quarante-sept ans, est entré à l'Hôtel-Dieu (annexe) le 31 juillet 1847. Ce malade est d'une assez forte constitution. Venu à Paris à l'âge de vingt-quatre ans, il n'avait jamais été malade avant cette époque. Deux ans après, il fut pris d'une maladie de poitrine, qui paraît être une pneumonie. Il avait, en effet, une violente douleur de côté, beaucoup de difficulté à respirer, de la fièvre, et de plus ses crachats étaient jaunâtres. Il resta dix jours au lit pour cette affection dont il ne reste aucune trace.

Il y a environ quinze ans, il eut au cou un abcès aussi volumineux que le poing, qui dura très-longtemps, comme nous le dit le malade, mais sans pouvoir fixer la durée d'une manière plus précise. Cet abcès ne causait aucune douleur et ne troublait nullement sa santé; c'était probablement un abcés froid dont on aperçoit maintenant encore la cicatrice au côté droit du cou.

Quant à son genre de vie, le malade dit qu'ordinairement il prend une nourriture fort saine; mais que, dans ces derniers temps, le manque de travail l'a forcé à s'imposer des privations de tout genre, Il fait trois repas par jour, et à chacun de ces repas il boit un quart et quelquefois un demi-litre de vin. Il a pour habitude de prendre, tous les matins, environ un seizième de litre d'eau-de-vie, et souvent, dit-il, le dimanche, le lundi et les jours de fête, la dose était doublée ou triplée. Il ne s'est jamais aperçu cependant qu'il eût des tremblements dans les mains. Il n'a pas travaillé au plomb.

Il y a environ dix jours, il but environ un demi-litre d'eau-de-vie; en rentrant chez lui, il se sentit tout étourdi, et se coucha. Le lendemain, il fut pris d'éblouissements et de vertiges, surtout lorsqu'il marchait, et il fut de nouveau obligé de se mettre au lit; pendant son sommeil, il était réveillé par des secousses violentes et des soubresauts, et au réveil, il ressentait des douleurs dans divers points du corps. Il crut d'abord que le séjour au lit suffirait pour dissiper le mal; mais au bout de huit jours, voyant

cet état persister, il alla au bureau central, d'où il fut renvoyé dans le service.

État actuel, 1er août. Facies étonné et un peu souffrant. Le malade se plaint d'être vivement courbaturé. La peau est fraîche, le pouls est assez résistant (60 puls.), la langue est tremblante, un peu noirâtre au milieu; il n'y a cependant rien du côté du tube digestif; l'appétit est encore assez bon, le ventre souple et nullement ballonné; il n'y a pas de gargouillement, et les selles sont régulières (une par jour).

Les battements du cœur sont normaux. On trouve une résonnance normale à la percussion, dans toute l'étendue de la poitrine, et à l'auscultation on entend le murmure vasculaire parfaitement pur.

La sensibilité paraît obtuse sur plusieurs points du corps, aux membres et à l'abdomen; mais c'est surtout aux membres supérieurs que ce phénomène est remarquable; une piqûre assez vive ne détermine pas de douleurs, dans toute la région antibrachiale; au tronc, à la face, la sensibilité est normale.

Le malade se plaint de quelques douleurs à la poitrine, au niveau des espaces intercostaux; la pression développe bien de la douleur au niveau de ces espaces et le long du rachis, ainsi qu'aux membres; mais ces douleurs n'ont rien de précis ni de régulier. Le malade se plaint également d'une douleur intense à la tête; il existe un point douloureux assez remarquable, à l'issue et sur le trajet du nerf sous-occipital gauche; il n'y a pas de douleur au niveau des parois abdominales.

Les forces sont notablement diminuées; ainsi le malade, qui paraît assez vigoureux, ne serre que très-faiblement la main; ce phénomène se remarque à un égal degré des deux côtés. Lorsque le malade est sur son séant, il éprouve des éblouissements, des vertiges; s'il est debout, il paraît ne pas pouvoir se tenir sans s'appuyer, sa démarche est lente, mal assurée, vacillante; mais il ne paraît pas y avoir plus de faiblesse dans un des membres abdominaux que dans l'autre. Il dit avoir éprouvé beaucoup de fatigue à parcourir le trajet du bureau central à cet hôpital, trajet qu'il a fait à pied (il avait été de chez lui au bureau central en voiture).

Lorsqu'on lui fait étendre les mains, on y remarque un tremblement très-manifeste.

Les organes des sens paraissent intacts. L'ouïe est peut-être un peu obtuse; mais cette obtusion serait, au dire du malade, l'état normal, et par conséquent indépendante de l'affection qui

l'amène dans le service. Quant aux sécrétions, elles sont parfaitement normales.

Le 2 août. L'examen attentif du malade fait voir que les douleurs, qui paraissaient peu précises le 1er, sont maintenant bien nettes et bien tranchées.

Il existe toujours un point douloureux au niveau du nerf sous-occipital gauche; de plus, le long du rachis, depuis la cinquième vertèbre cervicale jusqu'à la moitié du sacrum ; les douleurs sont plus intenses au niveau des deuxième , cinquième et huitième dorsales, d'où elles se prolongent dans les espaces intercostaux correspondant seulement jusqu'aux limites de la paroi postérieure du tronc. Il existe également des douleurs à la partie interne des deux bras. A l'abdomen il n'y a point de douleurs. Il en existe une très-légère au scrotum, au niveau du testicule gauche ; mais on n'en trouve point sur le trajet du nerf iléo-scrotal correspondant. Pour les membres abdominaux, la pression développe, il est vrai, quelques points douloureux au niveau du nerf sciatique et même à la partie antérieure sur le trajet du nerf crural; mais ces douleurs ne sont pas bien caractérisées. Ainsi, il n'en existe pas à l'issue du nerf sciatique, ni au niveau de la tête du péroné, ni en arrière de la malléole interne, c'est-à-dire dans les points où on les rencontre ordinairement. La faiblesse est la même qu'il y a deux jours ; le malade se sent un peu moins fatigué, mais il éprouve toujours des éblouissements et de l'hésitation lorsqu'il est debout ou qu'il marche. Les autres fonctions sont dans le même état.

Le 6. L'état du malade étant exactement le même que les jours précédents, on procède à la cautérisation transcurrente. On éthérise d'abord le malade qui, après environ deux secondes d'inhalation, ne tarde pas à devenir complétement insensible. On trace alors une raie de feu au niveau du nerf sous-occipital gauche , puis tout le long du rachis, depuis la troisième vertèbre cervicale jusqu'au coccyx , sur le sommet des apophyses épineuses, puis dans les deuxième, cinquième, huitième espaces intercostaux , en la prolongeant un peu sur la partie antérieure de la poitrine des deux côtés. Le malade ne manifeste aucune douleur pendant l'opération, il reste même insensible à l'application sur les brûlures de compresses imbibées d'eau froide. Au bout d'une minute environ, il sort de cet état ; il paraît très-exalté, très-gai, prononce des paroles incohérentes, rit aux éclats, et ne paraît pas soupçonner ce qu'on vient de lui faire.

Ce soir à 3 heures. Le malade se trouve très-bien ; le facies est moins étonné, moins fatigué ; il dit n'avoir rien senti ce

matin ; actuellement il éprouve un léger picotement au niveau des brûlures, mais il n'a pas de céphalalgie, et il lui semble qu'il est plus alerte.

Le 7 août. L'état du malade est le même qu'hier soir ; il a assez bien dormi cette nuit. Il ne se plaint que de démangeaisons au niveau des parties cautérisées. Il existe une légère rougeur au niveau de ces points, mais elle est très-limitée ; il n'y a d'ailleurs ni tension, ni gonflement.

Le 8. Les brûlures sont complétement indolentes ; on examine le malade : la pression ne détermine plus de douleur dans les points où elle existait auparavant, excepté toutefois pour les jambes, qui n'ont pas été soumises à la cautérisation ; mais ces douleurs sont aussi vagues et aussi peu limitées qu'auparavant. La sensibilité est moins obtuse ; la force paraît légèrement augmentée : il serre un peu mieux ; il se lève et marche avec assez d'assurance ; il ne se plaint plus des éblouissements qu'il éprouvait avant l'opération.

Le 12. Les plaies sont complétement cicatrisées ; il n'y a plus de douleur notable. L'action de serrer avec la main est manifestement beaucoup plus énergique ; la sensibilité, qui était très-obtuse sur les avant-bras et à l'abdomen, est maintenant normale ; le malade ne se plaint pas de douleurs dans les jambes. Il se trouve très-bien, se promène sans éprouver de fatigue, et repose bien.

Le 18. L'amélioration s'est soutenue ; cependant le malade accuse de nouveau des douleurs dans les membres abdominaux ; la pression les développe ; elles sont peu intenses, et n'existent toujours que sur une partie du nerf sciatique, et en avant sur un point du nerf crural, sans se montrer au niveau des foyers principaux. On propose au malade de pratiquer en cet endroit la cautérisation ; mais il refuse par pusillanimité. Du reste, l'état général est très-satisfaisant. La force est complétement revenue : il serre la main avec énergie, il n'y a ni éblouissements, ni vertiges.

Le 24. Le malade s'est bien trouvé ces derniers jours. Il a encore éprouvé les même douleurs dans les jambes ; mais, comme les autres ont complétement disparu, et qu'il se trouve très-bien sous le rapport des autres fonctions, il demande sa sortie et quitte le service.

Réflexions. — On voit que si, dans ce cas, on s'était hâté de conclure le premier jour, on n'aurait eu qu'une idée très-fausse du nombre des points douloureux et de leurs caractères. Ces points douloureux n'étaient pas, sans doute, aussi nombreux que dans

le cas dont j'ai mentionné déjà l'observation ; mais ils occupaient une grande étendue du corps, et on ne peut pas alors s'empêcher de reconnaître dans ces deux cas la même maladie. Mais les autres symptômes viennent bien plus encore établir l'exactitude de cette manière de voir. Ainsi, nous retrouvons, dans ce cas, la faiblesse générale, les tremblements, la démarche vacillante, et, de plus, des éblouissements, des étourdissements sans délire, ni convulsions d'aucune espèce, et sans fièvre.

Je n'ai pas à m'expliquer actuellement sur la valeur de ces derniers symptômes; j'aurai à y revenir plus loin; mais il en est un autre qui a été très-exactement constaté et sur lequel il importe de s'arrêter un moment, je veux parler de l'insensibilité de la peau aux avant-bras et à l'abdomen. Il paraîtra peut-être extraordinaire à ceux qui ne se sont pas livrés à une étude très-attentive des névralgies, de trouver ici ce symptôme, qui paraît être étranger à ces affections. Quant à moi, ce n'est pas la première fois que j'observe un pareil phénomène. Il me suffit de mentionner, à ce sujet, un fait qui a été signalé par M. Notta, dans son *Mémoire sur le traitement des névralgies par la cautérisation transcurrente*, et observé dans ma division à l'Hôtel-Dieu (annexe). Dans ce cas, une portion de la peau de la cuisse était insensible, le malade était affecté d'une sciatique; et ce qu'il faut noter, c'est que, chez ce sujet, comme chez celui dont il s'agit ici, le traitement ordinaire des névralgies réussit très-bien contre l'anesthésie. Cette insensibilité n'en établit pas moins une différence entre ce cas et celui dont je parlais plus haut, puisque, dans celui-ci, la sensibilité de la peau était exaltée ; mais cela prouve uniquement que ces deux phénomènes opposés peuvent exister dans une seule et même affection : la névralgie.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer la grande et prompte efficacité du traitement dans ce cas. Non-seulement les douleurs se sont promptement calmées; mais encore la sensibilité de la peau est revenue, les étourdissements se sont dissipés, les forces ont reparu dans les membres, et le malade a pu quitter l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant.

J'ai eu soin, comme on l'a vu, de n'avoir recours au traitement qu'après quelques jours de séjour du malade à l'hôpital et lorsqu'il était évident que la maladie restait stationnaire; en sorte qu'on ne peut attribuer cette amélioration rapide et cette guérison qu'au traitement lui-même.

(La suite à un prochain numéro.)

7. *De l'asthme nerveux et de son traitement*; par M. Sandras, médecin de l'hôpital de Beaujon.

(Bulletin général de Thérapeutique, février 1848.)

L'asthme était regardé dans l'ancienne médecine, et passe encore aujourd'hui, dans l'opinion des gens du monde, pour une maladie très-commune; dans la science des organiciens et des anatomo-pathologistes, au contraire, l'existence réelle, essentielle, de cette affection est à peine admise et souvent révoquée en doute. Cette différence tient à ce que les médecins des âges passés s'attachaient, comme aujourd'hui les gens du monde s'arrêtent aux symptômes qui les ont frappés, et ne remontent pas à des lésions hors de leur portée, et à ce que les médecins modernes ont trouvé des causes matérielles à tant de maladies réputées essentielles, et particulièrement à l'asthme, qu'ils en sont venus presque à douter même de la possibilité de cet être, dont ils ne peuvent pas conserver le squelette. Il est certain, en effet, qu'une grande partie des asthmes, admis par les anciens et les gens du monde, ne sont pas autre chose que des maladies du cœur, des gros vaisseaux, ou des poumons. On les apprécie le plus souvent ainsi chez les vivants; on les démontre sur les cadavres; et toutes ces altérations, hypertrophies des ventricules avec ou sans dilatation, endocardites aiguës ou chroniques avec ou sans déformation des valvules, soit artérielles, soit veineuses, soit ventriculo-auriculaires, péricardites générales ou partielles, avec adhérence du cœur, ou avec épanchement séreux ou séro-albumineux, aortites avec ou sans concrétions calcaires, avec ou sans ulcérations, avec dilatation ou rétrécissement, affections des poumons, tubercules, catarrhes chroniques, emphysèmes, adhérences des plèvres, épanchements thoraciques généraux ou partiels, œdèmes de la glotte, des bronches ou des poumons, ont tellement diminué le nombre des véritables asthmes qu'on n'en rencontre presque plus.

Dans l'immense majorité des cas où les symptômes de l'asthme se montrent, le médecin qui examine bien son malade reconnaît que le mal remonte à une des altérations que je viens d'indiquer. La précision du diagnostic moderne ne laisse le plus souvent aucun doute sur l'origine véritable des symptômes qu'on observe, et, plus tard, l'autopsie cadavérique vient confirmer le diagnostic qui avait été porté, ou même quelquefois vient compléter un diagnostic organique jusque-là resté douteux. Mais, cette large part faite à l'anatomie pathologique, l'expérience clinique me semble prouver péremptoirement que certains asthmes

restent encore en dehors de toutes les altérations dont je viens de rappeler la fréquence. Ce sont ces cas exceptionnels qui constituent l'asthme nerveux.

Je dois même ajouter que, dans la pratique, il me semblerait déraisonnable de ne pas tenir compte quelquefois de l'affection nerveuse, même là où des désordres matériels existent et ont été formellement reconnus. C'est une vérité pour moi incontestable, et d'une haute importance. Elle me paraît incontestable, parce que des causes, agissant exclusivement sur le système nerveux, provoquent sous mes yeux des asthmes de cette nature ; parce que les symptômes, la marche de l'accès, le développement de la maladie, m'offrent tous les caractères des affections nerveuses ; parce qu'enfin cet état matériel ne subit pas, en bien comme en mal, les changements qu'indiquerait l'asthme, s'il était le produit du trouble anatomique. Elle me paraît très-importante, parce que la thérapeutique, établie sur ces données, obtient un succès que l'état matériel, envisagé et traité tout seul, ne comporte pas.

Je crois donc rarement à l'asthme nerveux, mais j'y crois certainement.

Je supprime ici, et réserve pour le traité que j'imprime en ce moment sur les maladies nerveuses, les descriptions de l'asthme, l'étude de ses causes, de sa marche, les règles du pronostic qu'il comporte, et j'arrive immédiatement à ce qui fait la spécialité de ce recueil, la thérapeutique.

Le traitement de l'asthme doit être examiné de plusieurs points de vue : 1° traitement palliatif de l'accès ; 2° traitement d'une série d'accés ; 3° traitement de la maladie. Nous allons l'exposer à ce triple point de vue.

La première chose à faire pour soulager un malade dans un accès d'asthme est de lui donner la position la plus commode pour respirer, de lui élever la tête, de le soutenir sans qu'il fasse d'efforts, d'appuyer ses bras et ses coudes, de manière à aider la dilatation de la poitrine, d'éloigner tout corps capable d'empêcher le renouvellement de l'air qu'il respire. En même temps, on prend tous les moyens possibles pour renouveler l'air, sans exposer le malade à un froid capable de l'enrhumer ; on ouvre les portes, les fenêtres, quand la saison le permet ; on évente activement autour de lui, on rafraîchit l'atmosphère et on l'agite.

Mais, le plus souvent, ces précautions sont insuffisantes, et on y ajoute tous les remèdes capables de calmer le système nerveux, et ceux qui peuvent soulager les poumons en appelant le sang dans d'autres organes.

Parmi les premiers se trouvent les potions éthérées, opiacées, belladonées. Ces dernières ont sur les autres un avantage particulier, celui de rendre la respiration moins fréquente ; les préparations de digitale pourprée partagent le même avantage. C'est entre ces deux derniers moyens que je partage ma préférence ; j'emploie plus volontiers, et plus souvent la belladone chez les gens nerveux ; la digitale, au contraire, chez les sujets où domine le système circulatoire central.

Wilson prétend avoir obtenu des succès par l'application du galvanisme dans les dyspnées compliquées d'asthmes ; Haller conseille la saignée de la veine jugulaire pendant l'accès ; M. Castel, les pédiluves chauds et l'eau froide en boisson ; Elliotson, la lobélie ; M. Ferrus, la fumée du datura stramonium. Je n'ai pas essayé le moyen préconisé par Wilson, et j'ai peur qu'il ne soit plutôt théorique que pratique. La saignée de la jugulaire, d'après les idées modernes, doit avoir, suivant moi, les avantages ou les inconvénients de toutes les autres saignées. Les moyens conseillés par M. Castel rentrent dans la classe des palliatifs les plus innocents ; la lobélie d'Elliotson, détrônée ailleurs, risque fort de perdre ici sa dernière influence. La fumée du datura stramonium, dont je parlerai plus loin, est certainement un remède utile dans l'asthme, et aucun fait ne m'a paru jusqu'à présent justifier les craintes que Ducamp a jadis éveillées sur son compte.

Le second ordre des moyens à employer immédiatement dans l'accès se compose de manuluves aussi chauds que possible, et supportés pendant quelques minutes ; de bains d'avant-bras de même température ; de sinapismes ou de cataplasmes sinapisés sur les avant-bras, les bras, entre les épaules, rarement à l'épigastre ; d'applications ou de fomentations irritantes, au moyen d'un liniment volatil plus ou moins chargé d'ammoniaque. On peut avoir recours aux moyens préconisés par M. Castel. Dans d'autres occasions, on provoque avec avantage une autre sorte de révulsion, en appelant non des vomissements, mais des vomituritions par quelques petites cuillerées de sirop d'ipécacuanha, et surtout par quelques gorgées d'une potion simple, additionnée de 0,05 ou 0,10 de tartre stibié. Ces moyens, employés avec intelligence, procurent ordinairement du soulagement.

Un remède assez étrange a été dernièrement proposé et employé avec une grande faveur par M. le docteur Ducros, c'est la cautérisation du pharynx au moyen de l'ammoniaque assez concentrée. Un pinceau, chargé de ce liquide, est porté par lui au fond de la bouche, sur la paroi postérieure du pharynx. Le malade est

immédiatement soulagé, dit-il, par l'action de l'ammoniaque sur les courants nerveux qui passent là. La théorie de ce moyen ne mérite pas d'être discutée : d'abord, parce que rien absolument n'en établit la valeur rationnelle ; ensuite, parce que j'ai vu le soulagement arriver de même chez un de mes malades, à qui un de mes élèves avait, par erreur, fait une application de créosote, au lieu de celle d'ammoniaque qui avait été prescrite ; en troisième lieu, parce que le soulagement s'obtient tout aussi bien sans porter le pinceau aussi loin et en touchant seulement le fond et la voûte du palais, ou les amygdales. De cette dernière façon, on risque moins d'irriter directement la glotte et de porter trop loin l'angoisse momentanée qui suit en général ces applications. Voici comment les choses arrivent ordinairement : la bouche ouverte, la langue abaissée, le médecin touche, avec un pinceau de charpie trempé dans la solution ammoniacale, les parties indiquées plus haut; puis il retire son pinceau. Immédiatement le malade est pris d'un accès de suffocation assez marquée, et, après quelques instants d'angoisse plus ou moins pénible, suivant les dispositions nerveuses du sujet, suivant l'intensité de la cautérisation, et surtout selon que le malade aura inspiré ou expiré la vapeur d'ammoniaque pendant que le pinceau était aux environs de la glotte, il tousse à plusieurs reprises, et rejette en grande abondance des mucosités buccales ; puis, à la suite, des mucosités épaisses, spumeuses, provenant des bronches. Cette expectoration continue à se faire pendant à peu près un quart d'heure, et elle se soutient et se répète encore à plusieurs reprises, même plusieurs heures après l'opération. Les parties touchées se montrent, quand on les examine, enflammées et couvertes d'une sorte d'eschare mince, superficielle, pultacée, d'un blanc grisâtre. Au bout de vingt-quatre heures, quand cette légère eschare sera détachée, on verra à nu, vers le points qu'elle recouvrait, des ulcérations superficielles qui seront promptes à se revêtir de bourgeons charnus de bonne nature, et à se cicatriser. A la suite des évacuations multipliées des bronches, les malades se trouvent soulagés. C'est du moins ainsi que j'ai vu les choses chez les individus affectés de catarrhe chronique, chez ceux que tourmente l'emphysème pulmonaire, et, ce qui nous intéresse le plus ici, chez de véritables asthmatiques. Les cas où j'ai obtenu le plus de soulagement ont été incontestablement ceux où la plus abondante expectoration bronchique a suivi la cautérisation. Je n'ai rien gagné par ce moyen, quand la cautérisation a provoqné seulement l'expulsion de la salive de la bouche, sans évacuation du larynx ou des bronches.

C'est un résultat qui arrive assez souvent pour mériter d'être noté.

Je dois faire remarquer que l'application de ces cautérisations par l'ammoniaque est assez pénible, pour que je ne la conseille que dans les cas où le médecin se sent justifié, pour ainsi dire, par la nécessité.

Cette nécessité m'est démontrée quand les accès d'asthme se prolongent ou se répètent de manière à compromettre la vie du malade ou à la transformer en véritable supplice. Les cautérisations ammoniacales modérées, bornées aux amygdales et au voile du palais, m'ont paru alors assez souvent avantageuses, pour que je ne craigne pas d'en recommander l'usage. Un accès d'asthme, qui a été ainsi interrompu, est ordinairement suivi de plusieurs jours sans retour d'étouffement; on s'est donné le temps de travailler efficacement à la cure de la maladie dans son ensemble. Si d'ailleurs ce moyen répugne trop au malade, ou si le médecin lui-même redoute la suffocation momentanée qui suivra l'application de l'ammoniaque, soit à cause de la sensibilité qu'il connaît à son malade, soit à cause de sa faiblesse, soit parce qu'une première expérience lui a prouvé qu'il a affaire à un de ces cas exceptionnels, où la cautérisation ammoniacale n'amène pas de véritable expectoration, on pourra légitimement prétendre à peu près au même soulagement, avec un peu plus de temps, par des moyens plus doux, mais doués aussi d'une certaine efficacité. Tels sont les suivants : un julep ordinaire, additionné de 4 à 8 gouttes d'ammoniaque, de 1 à 3 décigrammes de carbonate d'ammoniaque, de quelques décigrammes de foie de soufre, de 5 ou de 10 centigrammes de tartre stibié; des prises de 1 ou 2 décigrammes de poudre de digitale pourprée, de 1 ou 2 milligrammes de digitaline; l'usage de deux ou trois pilules contenant chacune 1 décigramme d'extrait de datura stramonium; la combinaison de l'action médicatrice du datura avec celle de la belladone, en ajoutant aux pilules indiquées ci-dessus 2 ou 3 centigrammes d'extrait de cette dernière plante; l'emploi de l'extrait d'aconit à la dose du stramonium; mais je l'ai rarement trouvé efficace; enfin l'emploi de quelques pipes de feuilles de stramonium fumées, comme l'a conseillé surtout M. Ferrus, au moment où l'étouffement commence. Ce moyen est utile de deux manières : d'abord et incontestablement par son action calmante sur les organes respiratoires; ensuite parce qu'il produit fort souvent une inflammation superficielle de toute la peau de la bouche, un peu analogue à celle de l'ammoniaque directement appliquée. A l'aide de tous ces moyens, invoqués suivant les indications et les antécédents, on pourra fort souvent enrayer la

série d'accès d'asthme dont un malade est menacé, et le soulager notablement pour la durée de l'invasion qu'il ressent; et d'autant plus que l'usage de ces remèdes n'empêche pas de recourir, dans chaque accès, aux moyens que j'ai indiqués plus haut pour un soulagement immédiat. MM. Lebreton, Laënnec, Marjolin, se sont bien trouvés aussi, dit-on, de l'application de deux plaques aimantées sur la poitrine. C'est une manière de mettre en pratique le remède conseillé par Wilson. Il y aurait peut-être avantage, dans quelques cas, à insister sur l'électrisation avec ou sans acupuncture; mais tous ces moyens sont si peu sûrs dans leur action, si infidèles quand il s'agit d'affections nerveuses, quelquelquefois si héroïques, et, dans d'autres occasions, si contraires, que je n'ose pas les conseiller. Jusqu'à nouvel ordre, je crois plus sage d'attendre que les indications en aient été bien étudiées. J'avoue que mon expérience pratique n'est pas suffisante en ce qui les regarde, et je ne me fie pas à ce qui en a été dit.

Mais ce n'est pas à ce seul palliatif que le médecin doit borner son rôle; dans des circonstances bien déterminées, il peut légitimement porter ses prétentions plus loin et aspirer à la guérison définitive.

C'est en vue de ce résultat que nous avons insisté plus haut sur certaines causes de l'asthme et sur les affections générales dont il est souvent une des expressions les plus pénibles. Jetons un coup d'œil rapide, à ce point de vue, sur la thérapeutique de la maladie dans son ensemble.

Sur l'hérédité, les âges, le sexe, je n'ai rien à conseiller de particulier; il n'y a qu'à insister sur les précautions générales, d'autant plus que la prédisposition sera plus marquée. Quand l'asthme résultera d'un état nerveux, de l'hystérie, de l'hypochondrie, le traitement le meilleur sera certainement celui qui combattra le mieux les maladies originaires. Nous avons exposé ailleurs ces traitements, nous n'avons donc pas besoin d'y revenir; qu'il me suffise de renvoyer aux articles qui regardent ces maladies. Je ferai remarquer pourtant que le traitement général devra rester subordonné en quelque sorte à celui des accès d'asthme ou des séries d'accès qu'on observera. Je veux dire par là, seulement, que, pendant l'invasion de l'asthme, c'est à la cure palliative, à la cure de soulagement, qu'il faudra s'attacher à peu près exclusivement. Les accès passés, on retournera avec avantage à la thérapeutique générale. Toutes les fois d'ailleurs que les moyens de la grande et de la petite médecine pourront être employés simultanément, il sera sage de les employer en con-

currence. S'ils se ressemblent, les actions seront les mêmes; il en faut profiter et choisir ceux-là de préférence. Quand ils seront opposés, on tâchera, suivant le moment de la maladie, de faire dominer dans le traitement ceux qui sont plus utiles contre le mal général ou contre le symptôme; on s'arrangera surtout de manière à ce qu'ils ne se puissent jamais nuire.

Cette règle, pour le choix à faire dans les moyens thérapeutiques, est assez souvent facile à suivre dans les asthmes qui ont pour cause générale l'état nerveux, l'hystérie ou l'hypochondrie; elle n'est pas moins impérieuse, moins obligatoire dans les autres natures d'asthmes, mais elle n'y est pas toujours aussi aisée à pratiquer.

Dans l'asthme goutteux, l'accès doit souvent être traité comme dans l'asthme simple; c'est le cas le plus ordinaire. Dans d'autres occasions, on a besoin de rappeler sur un point, ordinairement occupé par la goutte, le mal qui s'en est en quelque sorte déplacé. C'est le cas d'appeler à son aide, comme nous l'avons dit plus haut, les topiques irritants, mis et laissés sur le siége ordinaire du gonflement et de l'irritation goutteuse jusqu'à ce que la maladie ait repris sa marche normale, les bains locaux très-chauds, les applications chaudes, salées ou enflammantes, les emplâtres irritants, vésicants, caustiques même au besoin. La première méthode thérapeutique conviendra dans les asthmes peu intenses, dans les gouttes irrégulières, très-chroniques, chez les sujets mous et nerveux; la seconde sera plus souvent nécessaire chez les sujets sanguins, dans des gouttes habituellement régulières, et surtout quand l'accès d'asthme sera d'une violence compromettante. Mais, dans tous les cas, quels que soient la goutte et l'asthme, le traitement de la goutte, avant, après, et souvent même pendant l'asthme, devra toujours être fait avec beaucoup de soin et de prudence. Quand on a affaire à des sujets détériorés par de longues invasions des deux maladies compliquées, on a besoin de se gouverner avec la plus grande réserve, pour ne pas compromettre, en vue d'une guérison qui a peu de probabilité, la vie de son malade. Autant il aura été sage, dans les premières atteintes, de combiner tous les efforts pour triompher radicalement du mal, s'il était possible, autant il sera bon de le limiter, dans les derniers temps, au soulagement palliatif possible.

Je n'ai rien d'ailleurs de nouveau à dire sur la cure de la goutte quand elle se combine avec l'asthme. Les conseils qui m'ont paru les meilleurs, quand j'ai parlé de la goutte à propos de la névralgie, me semblent encore, à très-peu de chose près, les plus utiles

contre la goutte, cause de l'asthme. Les boissons alcalines, le régime doux, l'usage tempéré de la teinture de semences de colchique d'automne en feront la base; je mettrais un peu plus de réserve dans l'administration des bains alcalins, sans les proscrire tout à fait, et j'y ajouterais l'emploi intérieurement, suivant les occasions, de tous les remèdes spéciaux de l'affection asthmatique. Loin de se contredire, je suis sûr, par expérience, que ces moyens combinés produiront un résultat aussi avantageux que possible.

L'asthme nerveux de cause rhumatismale sera traité pendant l'accès comme s'il était simple; comme maladie, il suivra dans l'ensemble les indications qui concernent les affections rhumatismales chroniques. Un usage fréquent des aromatiques légers, dits sudorifiques, des bains savonneux et souvent sulfureux, des bains de vapeur généraux ou locaux, l'usage dans la saison des eaux sulfureuses, de celles du Mont-Dor, de Néris, ou d'Aix, en boissons, en bains, en douches; les frictions sèches ou calmantes, ou aromatiques, ou volatiles, ou camphrées suivant les indications; les précautions les plus minutieuses contre les changements de température, des vêtements de laine sur la peau, tels sont les moyens dont l'ensemble mérite d'être recommandé contre ces affections rhumatismales, et qui, bien choisis et bien administrés, peuvent mener même à guérison l'asthme dont nous parlons.

Née de la syphilis, cette affection exige l'emploi le plus opiniâtre et le plus rationnel des agents thérapeutiques capables de combattre les accidents tertiaires de cette maladie. Heureusement la science moderne est, comme nous l'avons dit plus haut, riche en bons remèdes contre cette maladie. La connaissance acquise de la nature du mal, on appliquera le remède d'après les principes que nous avons développés plus haut. On y mettra à la fois encore plus de lenteur et plus d'insistance, jusqu'à ce qu'un changement notable dans ces symptômes vous ait prouvé que vous avez réussi. L'essence syphilitique de l'asthme est une raison pour espérer qu'au bout d'un temps suffisant on obtiendra du moins une guérison relative. Provisoirement, on s'attachera d'ailleurs à modérer les symptômes; rien n'empêche que, dans les accès, on prescrive, contre les étouffements, les remèdes ordinaires, à condition qu'on ne perdra pas de vue le mal originaire qu'il faut guérir.

Si les moyens dont je viens de parler, soit pour soulager dans les accès, soit pour abréger la durée de chaque attaque d'asthme, soit enfin pour remédier à l'essence de la maladie,

n'obtenaient pas le résultat qu'on peut légitimement attendre, il resterait encore une ressource, on pourrait conseiller au malade de changer de climat. Le docteur Bree, dans ses *Recherches pratiques sur les désordres de la respiration*, et Ducamp, qui en a fait la traduction, insistent avec raison sur ce moyen ultime de salut. Ils rapportent des exemples remarquables d'asthmes produits par le séjour dans certains endroits, dans certaines demeures, dans certaines villes, et guéris par un changement de lieu. J'ai été moi-même frappé par un exemple analogue : un asthmatique, de ma connaissance, étouffait incessamment à Paris ; il est allé habiter la Flandre, sa patrie. Toutes les personnes qui le connaissaient ont été étonnées, au bout de trois ans, du changement qui s'était fait en lui : l'asthme avait complétement disparu, sans que le malade eût rien fait autre chose que de changer de place. J'avoue néanmoins qu'on serait trop heureux si l'on voyait toujours de pareilles affections si bien guéries à ce prix.

Contre les asthmes nerveux qui se montrent en même temps que des altérations organiques quelconques, je n'ai guère de conseils particuliers à donner ; là comme pour toutes les espèces que nous venons de parcourir, il faudra s'attacher surtout à soulager l'accès par les moyens indiqués ; mais on ne pourra penser à la guérison définitive de l'asthme que quand on aura lieu d'espérer la guérison du vice organique dont il dérive. C'est dire que la thérapeutique sera le plus souvent palliative et rien de plus.

---

8. *Observations pour servir à l'histoire de l'inflammation et de la suppuration du cœur :* par le docteur David Craigie, membre du Collége royal des médecins, etc.

(Archives générales de Médecine, février 1848.)

La cardite est une maladie qui figure dans la plupart des classifications nosologiques, telles que celles de Sauvages, de Vogel, de Sagar, de Cullen, d'Young et de Mason-Good. Cette maladie se trouve également plus ou moins complétement décrite par les auteurs des monographies ou des traités complets de médecine. Il est incontestable cependant, pour tout observateur digne de ce nom, que l'anatomie pathologique et la description que tous les auteurs fournissent de cette affection, ainsi que les opinions qui sont répandues, relativement à ses conditions de développement, laissent beaucoup à désirer, et sont entourées de beaucoup d'incertitudes et de difficultés.

Si l'on consulte Baillie, cette maladie est rare ; elle n'est presque jamais primitive, mais bien le résultat d'une inflammation du péricarde, qui gagne ensuite le tissu cellulaire et les fibres

musculaires du cœur. Corvisart a publié, sous le nom de *cardite*, plusieurs observations qui, par le fait, ne sont autre chose que des exemples d'*inflammation du péricarde*. En 1808, le docteur John Ford Davis a fait imprimer un petit travail intéressant, intitulé *Recherches sur les symptômes et le traitement de la cardite, avec des observations et des autopsies*. Dans ce travail, l'auteur a fait connaître trois faits, tous avec inflammation du péricarde, présence de fausses membranes, et adhérence générale de la séreuse au cœur. Dans le premier de ces faits, relatif à un enfant de 7 ans, la substance musculaire du cœur n'était pas altérée ; dans le second, observé chez une jeune fille de 16 ans, il y avait évidente inflammation de l'endocarde du ventricule droit, et peut-être aussi du ventricule gauche, mais sans changement dans la substance musculaire ; enfin dans le troisième, chez un jeune enfant de 12 ans, il existait, avec les traces ordinaires de l'inflammation et de l'adhérence du péricarde, une inflammation de la substance musculaire du cœur, qui s'étendait à une certaine profondeur, avec augmentation du volume de cet organe, pâleur et flaccidité de ses fibres.

Toutes ces observations ont été presque généralement regardées comme des exemples non pas de *cardite*, mais de *péricardite*. Le dernier auteur que nous venons de citer s'est lui-même rangé à cette opinion ; car, dans un second travail, qu'il a publié en 1832, sur la *péricardite* ou le *rhumatisme du cœur*, il a rapporté quatre nouveaux faits, qu'il considère comme des exemples de *cardite* ou de *péricardite*. Depuis l'époque de la publication du travail de M. Davis, de nombreux travaux ont été consacrés à l'histoire de la péricardite, considérée dans ses rapports avec le rhumatisme ; et par suite, il est devenu plus facile d'établir des distinctions anatomiques entre la cardite et la péricardite. Laennec avait d'abord adopté l'opinion de Baillie, et soutenu que, si l'inflammation de la substance du cœur n'est pas rare, lorsqu'elle est partielle et très-circonscrite, l'inflammation générale de la substance cardiaque, à l'état aigu ou chronique, est une circonstance presque inouïe dans les annales de médecine. Mais, plus tard, Laennec reconnut la possibilité du développement de cette inflammation, en présence de deux faits, dont l'un appartient à Meckel l'ancien, et l'autre à M. Stanley. Depuis cette époque aussi, les faits de cette espèce se sont multipliés, et j'ai pensé qu'il ne serait pas sans importance de présenter ici un court extrait des observations les plus complètes de cette espèce.

Obs. I. — Un enfant âgé de 12 ans, d'une santé délicate,

mais habituellement bien portant, fut apporté à l'hôpital, le 20 avril 1816. Il était malade depuis la veille, et présentait des symptômes fébriles très-prononcés. Le lendemain, même état; douleurs dans le membre inférieur gauche; délire et agitation dans la soirée; le troisième jour, persistance du délire sans tendance au coma; dilatation de la pupille. Lorsque le malade était interrogé, il désignait sa tête comme l'endroit d'où il souffrait le plus; le quatrième jour, il tomba dans l'affaissement; la respiration s'embarrassa; la mort eut lieu dans l'après-midi. A aucune époque, le malade n'avait accusé de douleur vers la poitrine, ou présenté des irrégularités dans les battements du cœur, ou dans les pulsations artérielles. A l'*autopsie*, on ne trouva, du côté du cerveau, qu'une turgescence générale des vaisseaux sanguins. Le péricarde renfermait 4 ou 5 onces de sérosité trouble, mêlée de flocons pseudo-membraneux. Les deux feuillets de la séreuse étaient tapissés çà et là d'une fausse membrane d'aspect réticulé. Le cœur offrait un volume en rapport avec l'âge du sujet; ses fibres étaient d'un rouge foncé, presque noir; elles étaient ramollies et facilement déchirables. En regardant attentivement la coupe de la substance musculaire de chaque ventricule, on distinguait de nombreux petits abcès disséminés çà et là entre les fibres musculaires, et contenant une matière purulente d'une couleur foncée. Plusieurs de ces abcès étaient profondément situés, près de la cavité ventriculaire; d'autres, plus superficiels, soulevaient en quelque sorte le feuillet viscéral du péricarde. Le fibres musculaires des oreillettes étaient ramollies et gorgées de sang, mais sans infiltration purulente. Caillots sanguins volumineux dans toutes les cavités du cœur. L'endocarde était fortement injecté, ainsi que la partie inférieure de la trachée et des bronches. (Stanley, *London med.-chir. trans.*, 1816.)

On ne saurait nier que, dans ce cas, le tissu musculaire du cœur présentât des traces d'inflammation, bien que l'infiltration purulente eût eu lieu dans le tissu cellulaire intermusculaire, qui est assez abondant dans le cœur. La preuve que le tissu du cœur lui-même était enflammé, c'est que les fibres musculaires avaient perdu beaucoup de leur consistance.

Obs. II et III. — Le docteur Latham, dans ses *Pathological essays on some diseases of the heart*, a signalé deux exemples de suppuration du cœur : dans l'un, tout cet organe était profondément teint en rouge-brun par le sang; sa substance était ramollie, et, en coupant les deux ventricules, on voyait sourdre de divers points et de l'interstice des fibres musculaires d'innom-

brables petites gouttes de matière purulente. C'était le résultat d'une inflammation des plus rapides et des plus aiguës, qui s'était terminée par la mort deux jours après le développement des premiers accidents. — Le second fait offre un exemple d'une marche beaucoup plus chronique, et la cardite s'annonçait par des symptômes tranchés du côté du cœur. Il existait un abcès dans l'épaisseur du ventricule gauche, abcès fermé, en dehors, par une portion du péricarde adhérente au cœur, et touchant, en dedans, à une portion ossifiée de la membrane interne.

Obs. IV. — Parmi les nombreuses préparations que renferme le musée d'anatomie pathologique de M. Langstaff et celui de l'Université d'Édimbourg, il en est quatre qui se rapportent, plus ou moins immédiatement, à la cardite. Dans l'une d'elles, un large abcès, à surface interne irrégulière, et renfermant de la lymphe plastique et de la matière purulente, occupait toute la longueur de la cloison du cœur, et communiquait, par un petit orifice de la grosseur d'une plume d'oie, avec le ventricule gauche. Ici l'inflammation paraissait avoir occupé la cloison d'une manière plus particulière. Un an auparavant, le malade avait présenté les symptômes d'une pneumonie. La mort avait été subite.

Obs. V. — Un gantier, âgé de 50 ans, petit et bien constitué, se plaignait d'une sensation de gêne vers la région de l'estomac et sous le sternum. Cette sensation augmentait par tous les exercices du corps. L'appétit était bon, le ventre libre, la langue nette, quoiqu'un peu chargée à son centre ; la face pâle, le pouls normal. Rien à l'auscultation. Tous ces symptômes duraient depuis six semaines et se reproduisaient par accès. Peu à peu, les accès se rapprochaient, et le moindre mouvement suffisait pour les ramener; les douleurs se propageaient jusque dans le bras gauche. Le 22 mars, M. Salter fut appelé auprès du malade ; il le trouva assis sur son lit, en proie à une grande oppression ; il mettait la main sur le sternum, pour désigner le siége de ses souffrances. Les battements du cœur étaient naturels, la face pâle et altérée ; sentiment d'une fin prochaine. Ces accidents de suffocation continuèrent, le 22 et le 23, avec peu de changement. Le malade succomba le 24, avec toute sa connaissance, 65 heures environ après l'apparition des symptômes aigus. A l'*autopsie*, on trouva un engorgement sanguin très-considérable de la presque totalité du poumon gauche et une assez grande quantité de sérosité dans les tuyaux bronchiques. Forte congestion des vaisseaux placés en dehors du péricarde, avec de nombreuses ecchymoses. Pas d'épanchement dans l'intérieur de ce sac menbraneux. Le cœur, assez ferme, renfermait des caillots

tout à fait blancs ou jaunâtres, adhérant très-intimement aux parois internes du cœur, qui n'étaient nullement altérées. Commencement d'ossification dans l'aorte ascendante. Le ventricule gauche avait perdu entièrement sa couleur, excepté dans une très-petite étendue ; il était d'un beau jaune et fournissait du pus sous le scalpel ; dans quelques points, il existait de petites cavités depuis la dimension d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pois, toutes remplies de matière purulente. (*London med.-chir. trans.*, p. 73 ; 1839.)

On voit par cette observation que l'inflammation de la substance du cœur peut déterminer, indépendamment d'une suppuration diffuse, une espèce de ramollissement des fibres musculaires, qui offre tantôt une coloration brunâtre, tantôt une coloration plus ou moins pâle. Corvisart et M. Bouillaud ont rapporté plusieurs exemples de ces espèces de ramollissement.

Obs. VI.—Une domestique, qui était exposée à l'humidité en travaillant dans des caves humides et en couchant dans une chambre d'une maison récemment construite, fut prise, à 13 ans, d'un rhumatisme goutteux aigu. Trois ans après, nouvelle attaque de ce rhumatisme, qui laissa après lui une rétraction des doigts et des orteils. Vingt ans après, le rhumatisme articulaire se montra de nouveau ; il occupa toutes les articulations, et se termina en quinze jours, mais en laissant les extrémités inférieures œdémateuses. Quatre mois après, battements irréguliers et tumultueux du cœur, douleurs lancinantes à la région précordiale, gêne de la respiration et syncope, qui dura une heure. Ces symptômes augmentèrent, les syncopes devinrent plus fréquentes ; la malade succomba quinze jours après. Le lobe inférieur des deux poumons était induré ; le cœur avait doublé de volume ; il était mou et flasque ; le ventricule gauche dilaté, et ses parois amincies ; la valvule mitrale épaissie et cartilagineuse ; orifice auriculo-ventriculaire réduit à un diamètre de 6 lignes. La surface postérieure et supérieure de l'oreillette gauche, le tissu musculaire du cœur, offraient de petits points blanchâtres, marbrés de rouge, et trois ou quatre tumeurs sphéroïdales, de 2 à 3 lignes de diamètre, soulevant le péricarde, qui était sain, et contenait une matière opaque, purulente et sanieuse. L'appendice auriculaire du même côté était dur, solide, volumineux, et renfermait de la matière purulente, sanieuse. (Raikem, *Bulletin de la Faculté de médecine*, 1809.)

Obs. VII. — Un chirurgien âgé de 58 ans, sujet aux rhumatismes, fut pris d'accidents caractérisés par le refroidissement des extrmités, par de la faiblesse générale, de la dureté et de la

rétraction du pouls, par des battements tumultueux du cœur et de la gêne dans la respiration. Il mourut dans une syncope. Au-dessous de la couche adipeuse du cœur, on trouva une demi-douzaine d'abcès. L'endocarde était injecté dans divers points, et à travers la transparence de cette membrane on distinguait, sur un des piliers de la valvule mitrale, deux points d'un blanc jaunâtre, au-dessous desquels se trouvait de la matière purulente ; un de ces abcès était creusé dans l'épaisseur d'un pilier. Les portions enflammées de la membrane étaient tapissées d'une exsudation peu épaisse. Dans différents points de la cloison, on observait des abcès de 2 ou 3 lignes de diamètre, tous remplis d'une matière purulente d'un blanc jaunâtre. Les points de la substance du cœur où il n'existait pas d'abcès étaient d'un gris jaunâtre, ramollis, et se déchiraient au moindre effort. (Simonnet, *Thèse sur la cardite partielle et générale.*)

Dans plusieurs des observations précédentes, l'inflammation du cœur paraissait se rattacher à une affection rhumatismale antérieure ou concomitante. Le fait suivant paraît se rapporter plutôt à une phlébite, et à une infection purulente consécutive.

Obs. VIII. — Chez un jeune soldat de 19 ans, qui entra à l'hôpital du Gros-Caillou, au quatrième jour d'une variole, il survint des abcès, des eschares et une hydropisie avec phlébite du membre supérieur gauche. Après la mort, qui eut lieu au cinquante-cinquième jour, on trouva, à la base du ventricule gauche, derrière la valvule mitrale, dans l'épaisseur de la partie charnue du cœur, un abcès, gros comme une noix, contenant de la matière purulente blanchâtre, bien liée, homogène, renfermée dans une espèce de kyste et ne présentant aucune communication ni avec l'intérieur, ni avec l'extérieur du cœur ; aucune autre trace de suppuration vers le cœur.

Obs. IX. — Dans un cas d'inflammation partielle de la substance du cœur, rapporté par M. Gintrac, il existait, dans l'épaisseur du ventricule gauche et près de la surface, un abcès qui s'était rompu dans le péricarde.

Obs. X. — Un enfant de 14 ans, affecté d'une maladie du cou-de-pied, fut pris tout d'un coup de convulsions épileptiformes, et tomba dans un état demi-comateux, avec dilatation des pupilles, distension des veines jugulaires, faiblesse du pouls, urine rare, constipation. Grâce à un traitement énergique, la connaissance revint en quelques heures ; mais, dans la nuit, les accidents reparurent, et la mort eut lieu le lendemain. Le péricarde était épaissi et fortement adhérent au cœur ; un abcès, contenant environ 2 onces de pus, s'étendait d'une oreillette à

l'autre, en contournant la pointe du cœur; il était logé dans l'épaisseur de cet organe. (Richard Chambers, *The Lancet*, 1844, p. 557.)

Obs. XI — Un enfant de 13 ans, délicat et scrofuleux, habituellement bien portant, fut pris, dans la soirée du 21 décembre 1845, d'une douleur vers la tête et vers l'estomac ; quelques heures après, abattement, perte de connaissance incomplète; dans la nuit, coma, avec contraction des pupilles, torsion de la bouche et mouvements convulsifs des membres. Mort dans la journée du lendemain. Congestion légère des veines et des sinus de la dure-mère; une demi-once de liquide trouble dans le péricarde ; le cœur, parsemé de points ecchymotiques d'un volume variable, depuis celui d'une pointe d'aiguille jusqu'à celui d'un tiers de pouce, plus nombreux sur le ventricule gauche, et plus particulièrement à sa partie postérieure et supérieure ; à la face antérieure du cœur, on apercevait un point plus enflammé, de l'étendue d'un schelling, couvert par une fausse membrane et d'un aspect rugueux. En incisant transversalement sur ce point, on découvrit une fissure qui communiquait avec un abcès, offrant les dimensions de la tache. Le stylet, introduit dans cette cavité, pénétrait librement dans la cavité des ventricules. (Docteur Chance, *The Lancet*, 1846.)

Obs. XII. — Un cordonnier, âgé de 60 ans, fut pris, pendant qu'il travaillait, de coma, de cyanose et d'une prostration considérable. Lorsque M. Stallard arriva auprès de lui, il le trouva couvert d'une transpiration visqueuse et froide, la peau d'une couleur bleue ; le pouls mou et faible, à 60 ; la respiration lente et dans un état voisin du coma. Sous l'influence de quelques excitants, le malade revint peu à peu à la connaissance, mais il s'éteignit deux jours après. Il existait un abondant épanchement séreux et comme sanguinolent dans les deux plèvres, une congestion sanguine générale des poumons. Le cœur était gras, flasque et un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire ; le péricarde contenait une once environ de sérosité trouble. En incisant le ventricule gauche, on découvrit, à sa pointe, un abcès de forme irrégulière, à 2 ou 3 lignes de profondeur, et faisant une saillie notable vers la cavité du ventricule, avec laquelle il communiquait par une petite fissure. La cloison de séparation avait 1 ligne d'épaisseur, et paraissait formée par l'endocarde hypertrophié. La cavité de l'abcès renfermait un liquide purulent, mêlé de sang. La surface interne était d'un rouge vif et d'un aspect granuleux. Autour de l'abcès, la substance musculaire était plus foncée, et dans l'épaisseur du même ventricule on voyait plusieurs fissures contenant de la fibrine à peine décolorée et ne

communiquant pas avec la cavité ventriculaire. (*Transactions of med. and provinc. association*, t. XV ; 1847.)

Obs. XIII. — Une dame veuve, âgée de 55 ans, était réduite, par une grande misère, à vivre dans une espèce de cave, à 4 ou 5 pieds au-dessous du sol. Elle était atteinte, depuis six ou sept semaines, d'une affection rhumatismale du genou droit, lorsque je la vis pour la première fois au mois d'avril 1843. L'articulation était très-gonflée, et presque déformée. Les battements du cœur à 108, avec un peu de souffle au premier temps ; rien à la percussion ; bruit de souffle dans les deux carotides, qui présentaient des battements assez forts. En examinant avec attention l'abdomen, je reconnus une tumeur à la région hypogastrique, et le stéthoscope me montra que c'était une grossesse. La malade, qui jusque-là avait présenté une grande excitabilité, entra dans une espèce de fureur, lorsque je lui dis qu'elle était enceinte ; le lendemain, elle entra dans un délire tel qu'il fallut lui mettre la camisole de force. Ses paroles étaient incohérentes, elle avait des visions, et la langue était agitée d'un tremblement continuel. Elle n'avait pas fermé l'œil un seul instant pendant la nuit. De nouvelles informations apprirent que cette femme avait cherché à se faire avorter, et que, en outre, depuis quelque temps, elle s'adonnait à l'usage des boissons fortes, pour oublier ses chagrins. Elle resta à peu près dans le même état, c'est-à-dire dans un délire tantôt furieux, tantôt modéré, jusqu'au 4 mai, qu'elle succomba. Dans les derniers temps, elle avait eu plusieurs accès de dyspnée. On avait constaté un peu de matité dans la région précordiale, la présence d'un bruit de souffle au premier temps et une espèce de bruit de frottement à la partie inférieure du sternum,

A l'*autopsie*, on constata, du côté du cœur, un peu d'épanchement opaque, jaunâtre, dans le péricarde ; la surface des feuillets viscéral et pariétal de cette membrane tapissée d'une couche pseudo-membraneuse, mince sur les ventricules, un peu plus épaisse sur la base du cœur et sur les oreillettes ; la valvule mitrale offrant un commencement de cartilaginification. Les valvules aortiques étaient très-malades : la droite était percée, près de son bord adhérent, d'une ouverture qui conduisait sous l'endocarde, dans une petite cavité, et près de son angle gauche, d'une autre ouverture, un peu plus grande. La valvule médiane ou postérieure était criblée de trous, et extrêmement ramollie ; elle était tapissée de lymphe plastique rougeâtre, excepté à son bord adhérent. Elle offrait à son bord supérieur ou aortique une ouverture et une cavité semblables à celles de la valvule droite. La

valvule gauche seule n'était pas perforée ; mais elle présentait, près de son angle droit, une pseudo-membrane rougeâtre. Les deux premières valvules, ainsi que l'angle droit de la valvule gauche, avaient été détachées par la suppuration ; et une cavité renfermant du pus s'était formée dans l'épaisseur des oreillettes. Cette cavité elle-même était divisée en deux compartiments, par la cloison auriculaire ; elle comprenait également une partie de la portion inférieure de l'aorte. Chaque abcès formé ainsi dans l'épaisseur des oreillettes faisait une saillie vers la cavité auriculaire ; et chacune de ces dernières cavités renfermait de la matière purulente mêlée au sang. Les parties voisines des oreillettes étaient épaissies, infiltrées de sang et ramollies. L'utérus contenait un fœtus de six mois. L'articulation du genou renfermait un liquide trouble ; la membrane synoviale était épaissie en certains points, ramollie et comme ulcérée dans d'autres. (*Obs. recueillie par l'auteur.*)

Ici, nous voyons un exemple de rhumatisme synovial ou capsulaire du genou, avec inflammation et suppuration diffuse des oreillettes, et avec péricardite. Il n'est pas facile de déterminer quelle a été la maladie primitive, de l'inflammation de la membrane synoviale ou de celle du cœur. Elles peuvent avoir été concomitantes dans leur origine, et diverses circonstances me portent à croire qu'il en a été ainsi. On croit et l'on professe généralement que le rhumatisme est la cause de l'inflammation du péricarde et de l'endocarde ; mais il est des cas dans lesquels l'affection de ces membranes séreuses se montre en même temps que l'affection rhumatismale, si même elle ne la précède. Assez souvent, ce sont les mêmes conditions de l'organisme et peut-être aussi du sang qui entraînent en même temps le développement de l'endocardite ou de la péricardite, et de celui de l'inflammation rhumatismale des membranes synoviales. Qu'y a-t-il d'étonnant, après cela, que ces mêmes conditions puissent entraîner, avec le rhumatisme, l'inflammation et la suppuration de la substance musculaire du cœur ? Dans l'observation que nous avons rapportée plus haut, le travail inflammatoire avait porté, d'une part, sur les oreillettes, dans lesquelles il avait déterminé de la suppuration, et de l'autre, vers les portions voisines de l'aorte, en particulier sur les valvules aortiques, presque entièrement détachées du cylindre de l'artère. La complication de ces altérations avec le *delirium tremens* ne mérite pas moins d'être signalée. Cette dernière affection tenait en partie aux habitudes d'intempérance de la malade, en partie à des causes morales, mais peut-être aussi à quelque altération pathologique du sang et de l'or-

ganisme. On sait, en effet, avec quelle facilité peut survenir le *delirium tremens*, pendant le cours d'une maladie du poumon, du cœur, du foie ou des reins.

Tous les faits que nous avons rassemblés dans ce travail offrent, nous le croyons du moins, des exemples d'inflammation, soit du tissu musculaire du cœur, soit du tissu cellulaire filamenteux interstitiel, soit enfin de ces deux tissus en même temps. Il est bien difficile de comprendre qu'un seul de ces tissus puisse être enflammé, sans que l'autre participe à l'inflammation ; et que l'on dise que le travail inflammatoire commence dans le tissu cellulaire, pour s'étendre de là au tissu musculaire, ou qu'il envahit de prime abord le tissu musculaire pour gagner ensuite le tissu cellulaire, le résultat est le même.

Il est donc impossible aujourd'hui de douter que la substance musculaire du cœur ne puisse être affecté par l'inflammation, et qu'elle ne puisse offrir les caractères ordinaires de la phlegmasie : le ramollissement et la fragilité des fibres, l'infiltration de matière purulente. La cardite se présente, en effet, sous trois formes : le *ramollissement* et la *fragilité des fibres*, l'*infiltration purulente par gouttes et par petits abcès*, enfin les *abcès circonscrits*. L'inflammation du cœur est souvent aiguë et rapide ; d'autres fois, sa marche est lente et chronique. Les abcès appartiennent plus particulièrement à cette dernière forme; la suppuration générale et l'infiltration purulente à la première. La cardite peut occuper tout l'organe dans quelques cas; dans d'autres elle n'en occupe qu'une partie ; ou bien, après avoir été générale, elle se circonscrit à une partie de l'organe.

Dans tous les cas de cardite aiguë ou suraiguë, la substance musculaire présente une coloration rouge-brun ; elle est ramollie ; çà et là le sang, la sérosité sanguinolente, les globules de lymphe et de pus, sont extravasés et infiltrés au sein du tissu enflammé.

En ce qui touche les symptômes extérieurs de cette affection, les faits sont encore trop peu nombreux et trop anormaux pour qu'on puisse en tirer des inductions positives ; d'un autre côté, leurs circonstances sont tellement confuses et tellement contradictoires que l'on trouve à peine deux ou trois points de contact. C'est ainsi que, dans trois cas, tous observés chez de jeunes sujets, les symptômes indiquaient si nettement une affection du cerveau, que le traitement fut seulement dirigé contre les accidents cérébraux. Dans deux autres cas, les symptômes se rapportaient aussi bien à une affection des organes respiratoires, qu'à une maladie du cœur. Les accidents revenaient périodiquement et par accès ; et dans les intervalles, les souffrances va-

riaient à des degrès divers. A peine peut-on dire que, dans un seul cas, les symptômes se rapportaient au cœur exclusivement. Dans le cas de rhumatisme cependant, cette dernière circonstance pouvait établir des probabilités en faveur d'une affection quelconque de l'organe central de la circulation.

Autant qu'on peut juger par les faits connus, la cardite est une maladie qui se termine généralement par la mort. Rien ne peut faire croire que lorsque cette maladie est une fois établie, et qu'elle a altéré le tissu musculaire, ce tissu puisse revenir à ses conditions normales, et le malade survivre à ces accidents. Je n'ignore pas que M. Bouillaud a professé que la cardite peut entraîner la formation d'un sac anévrysmal dans l'épaisseur des parois du cœur. Sans doute il n'est pas impossible que l'anévrysme du cœur puisse être l'un des effets de l'inflammation ; mais pour cela, il faudrait non-seulement que l'inflammation fût très-circonscrite, mais encore qu'elle fût tout à fait chronique ; c'est-à-dire qu'elle pût rendre les fibres musculaires peu consistantes dans un point, sans détruire en aucune manière leur organisation et leur continuité ; autrement dit, que les fibres pussent prêter graduellement et lentement, de manière à constituer la poche anévrysmale. Or, dans tous les cas d'inflammation chronique connus, la désorganisation était telle, que les fibres ne pouvaient céder sans se déchirer. La seule manière dont je puis comprendre la formation de ces anévrysmes à la suite de l'inflammation du cœur, c'est par l'inflammation de l'endocarde, et par l'altération lente et consécutive du tissu musculaire sous-jacent.

La thérapeutique a bien peu à prétendre dans la cardite, tant à cause de la difficulté du diagnostic que de la gravité extrême de cette affection. Il est probable cependant que les émissions sanguines, et dans les cas de rhumatisme, les divers traitements employés avec succès contre cette dernière maladie, pourraient avoir quelques avantages. Peut-être aussi ne devrait-on pas négliger les moyens qui agissent sur l'ensemble de l'organisme, les délayants et les altérants par exemple.

---

9. *Quelques considérations sur le genre acné (varus ou dartre pustuleuse d'Alibert, comprenant la couperose, la mentagre, etc.,) et particulièrement sur l'acné sebacea du visage ;* par le docteur Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Revue médicale, janvier 1848.)

Après les découvertes de *Malpighi*, les glandes sébacées de la peau ont acquis une grande importance dans la pathologie cu-

tanée ; et divers auteurs, tant du siècle dernier que de celui-ci, n'ont pas hésité à placer dans ces glandes ou *follicules* le siége de diverses éruptions et notamment celui de l'*Acné* (dartre pustuleuse d'*Alibert*).

Morgagni établit que la connaissance de ces glandules importe grandement aux notions étiologiques et thérapeutiques relatives aux maladies de la peau.

Astruc indique le siége de la couperose dans les glandes sébacées, celui de l'*ecthyma* et de l'*urticaire* dans les glandes miliaires qu'il regarde comme distinctes des précédentes, celui de la teigne dans les follicules pileux (1).

Lorry regarde les glandules de la peau comme les conduits excréteurs destinés, dans l'état de maladie, à porter au dehors les produits viciés de nos humeurs, et place dans la dilatation de ces glandes et des ramuscules vasculaires de la peau le siége des vésicules et des pustules.

Quelques Allemands modernes pensent que toutes les petites saillies formées par les diverses éruptions ne sont autre chose que les glandes sébacées ou les follicules pileux enflammés.

Ces auteurs ne craignent pas de confirmer, par les progrès de la micrographie moderne, les idées de nos prédécesseurs sur l'étiologie humorale et dépuratrice du plus grand nombre des maladies de la peau, dites spontanées ou de cause interne, et de fournir ainsi une base anatomique et expérimentale à cette étiologie, l'un des restes les plus tenaces du galénisme antique.

Quoiqu'il en soit, et pour nous en tenir à ce qui regarde le genre *Acné*, tout le monde s'accorde aujourd'hui à placer le siége des pustules dans les follicules cutanés.

Mais, outre les formes pustuleuses bien caractérisées de cette éruption qu'*Alibert* avait si judicieusement décrites dans sa première classification, sous les noms de dartre pustuleuse *Couperose*, dartre pustuleuse *Mentagre* et *dartre pustuleuse disseminée ;* Biett, le premier, a signalé avec raison une lésion spéciale des follicules sébacés qui donne lieu à une altération de sécrétion sans formation de pustule, qu'on connaît aujourd'hui sous le nom d'*acne sebacea.*

Cette variété, qui n'a été observée qu'au visage, a pour caractère principal la formation d'une sorte d'enduit gras, concret et presque croûteux, qui simule très-bien les croûtes de l'*impétigo*

(1) Relativement à l'*urticaire*, un savant micrographe, le docteur Gruby, de Vienne, a constaté que cette éruption offre, en effet, pour lésion matérielle, une dilatation des glandules et des canaux sudorifères, avec exsudation d'une certaine quantité de sérosité dans les mailles du derme.

(mélitagre ou dartre crustacée d'*Alibert*) et que l'on a confondu quelquefois avec les squammes et les croûtes des *syphilides*, ou même avec les petites concrétions croûteuses qui revêtent les ulcérations rongeantes du *noli me tangere*.

Ces méprises sont plus d'une fois devenues la source de pronostics faux et trompeurs et d'essais thérapeutiques impuissants ou nuisibles.

C'est ainsi que j'ai vu émettre des craintes pour le mariage de jeunes filles que l'on croyait atteintes d'une affection dartreuse grave et susceptible de se transmettre par hérédité, accuser faussement la conduite de sujets restés purs de toute infection vénérienne, épuiser sans succès tout l'arsenal des spécifiques anti-dartreux, enfin attacher un pronostic des plus graves et des plus fâcheux à une affection généralement fort bénigne et fort innocente.

Pour éviter de pareilles erreurs, il suffit de bien se graver dans l'esprit le siége, les caractères extérieurs, la marche, les suites de l'affection folliculeuse que j'ai indiquée sous le nom d'*acne sebacea*.

Toujours affectant une région plus ou moins circonscrite du visage, le nez, la joue, la lèvre supérieure, les sourcils, le front, la tempe, l'*acne sebacea* se montre cependant dans certains cas sous la forme d'une sorte de masque squammo-croûteux, d'un gris sale ou d'un jaune-terreux gras au toucher, à surface inégale et irrégulière qui recouvre presque toute la face et quelquefois aussi le cuir chevelu. Cet enduit concret se détache assez facilement dans le plus grand nombre des cas, et alors la peau sous-jacente conserve sa coulenr naturelle ou est plus ou moins rougie, mais ne présente jamais les excoriations pustuleuses de l'*impétigo*. Ordinairement, la croûte se reproduit peu à peu, sans qu'on observe d'exhalation liquide, comme cela se voit au contraire dans l'*eczema* ou l'*impétigo*. Si le mal est ancien et invétéré, la croûte est très-adhérente et ne tombe qu'à la longue et par écailles isolées.

Chez l'une des malades que nous avons traitées dans nos salles, il existait sur le nez et les joues une sorte de bande croûteuse sale, entourée d'une rougeur assez prononcée, large d'environ deux travers de doigt. L'enduit croûteux, d'un jaune-grisâtre et terreux, était fort adhérent, irrégulier, comme mamelonné, et ne présentait point une continuité parfaite dans toute son étendue.

Sur un homme âgé de cinquante et quelques années qui vint me consulter dans mon cabinet, les paupières supérieures seules étaient affectées ; chacune d'elles étaient recouvertes d'un enduit

crasseux et noirâtre qui s'étendait aux sourcils et se reproduisait opiniâtrement depuis plus de douze ans. On avait combattu fort inutilement le mal par des remèdes internes et externes des plus énergiques, notamment par l'application d'un séton à la nuque, et, plus tard, d'un cautère au bras.

Chez deux jeunes filles que nous avons traitées, l'une en ville et l'autre à l'hôpital, le front, le nez, les joues, les lèvres, et le menton étaient recouverts de cet enduit gras et sale comme par une sorte de masque.

Dans d'autres cas plus communs, l'*acne sebacea* n'occupait que quelques points assez limités du lobule ou des ailes du nez.

Cette affection cède presque toujours à des moyens simples, qui agissent en dissolvant ou détachant l'enduit sébacé, et en produisant ultérieurement sur la peau des effets résolutifs et discussifs.

Ainsi, les douches de vapeurs, les lotions très-faiblement alcalines, les onctions avec la pommade à l'oxychlorure ammoniacal de mercure, l'eau de goudron, la solution de sublimé connue sous le nom d'*eau rouge* de l'hôpital Saint-Louis ; dans quelques cas bénins même, les lotions avec le lait d'amandes, l'eau de son légèrement salée ou l'eau de graine de lin faiblement savonneuse, l'axonge purifiée employée seule. . . nous ont réussi parfaitement et souvent sans qu'aucun traitement intérieur ait été prescrit.

Il est pourtant des sujets chez lesquels il nous a paru utile de recourir aux boissons alcalines, dépuratives, purgatives.

Dans quelques cas rares nous avons vu échouer notre traitement habituel ; et alors, quelque remède empirique est venu parfois là, comme dans beaucoup d'autres maladies de la peau, dissiper brusquement une affection que des traitements méthodiques et rationnels avaient inutilement combattue.

Comme nous l'avons déjà dit plusieurs fois, l'*acne sebacea* ne se montre guère qu'au visage, et c'est justement ce siége d'élection qui engage les sujets qui en sont atteints à chercher les moyens de s'en débarrasser au plus vite. Nos dames surtout tiennent beaucoup, et avec raison, à conserver la fraîcheur de leur teint et à éloigner tout ce qui pourrait altérer le poli ou le coloris du visage. Toutefois, si l'on en juge par les détails consignés dans une note de la traduction de la satire de Pétrone, les femmes de nos jours sont bien éloignées des raffinements, que présentaient sous ce rapport les secrets de toilette des dames Romaines.

Le visage, en effet, parmi les femmes de l'antiquité, ne recevait pas moins de façons et d'ornements que la chevelure : elles employaient le fard pour réparer la perte des couleurs naturelles,

ou pour en augmenter l'éclat. Il paraît même qu'il y avait des hommes asssez efféminés pour s'en servir.

On trouve dans Ovide la recette suivante de l'une des compositions, alors en usage parmi les femmes, pour ajouter à l'éclat de leur teint, ou pour en conserver la fraîcheur. Prenez, dit-il, de l'orge de Lybie ; ôtez-en la paille et la robe ; prenez une pareille quantité d'ers ou d'orobe ; détrempez l'une et l'autre dans des œufs ; faites sécher et broyez le tout ; jetez-y de la poudre de corne de cerf, de celle qui tombe au printemps, joignez-y quelques oignons de narcisse pilés dans un mortier, faites entrer ensuite dans le mélange de la gomme et de la farine faite avec du froment de Toscane ; enfin liez le tout par une plus grande quantité de miel, et cette composition *rendra le teint plus net que la glace d'un miroir.* Elle offre du moins l'avantage d'être parfaitement innocente et d'une préparation facile ; car nous pensons que le froment *de Toscane* n'est pas de rigueur, non plus que l'orge *de Lybie* et que nos dames pourraient trouver sous leur main du froment et de l'orge également applicables à cette composition.

Pline parle d'une vigne sauvage qui a les feuilles épaisses et tirant sur le blanc, dont le sarment est noueux et l'écorce ordinairement brisée : elle produit, dit-il, des grains rouges avec lesquels on teint en écarlate ; et ces grains, pilés avec des feuilles de la vigne, nettoient parfaitement la peau.

L'encens entrait dans la plupart des cosmétiques en usage chez les anciens : tantôt il servait à enlever les taches de la peau et tantôt à résoudre les petites aspérités et les boutons acnéiques.

Bien que l'encens, dit Ovide dans un style galant que n'auraient pas répudié nos poëtes de boudoir du siècle dernier, soit agréable aux Dieux, il ne faut pas néanmoins le jeter tout dans les brasiers sacrés, il est *d'autres autels* qui réclament sa vapeur parfumée. Et de fait, les fumigations d'encens ou de benjoin ont une vertu résolutive qui peut être appliquée aux rougeurs et aux pustules chroniques de la *couperose.*

Le poëte que nous venons de citer a connu des dames qui pilaient du pavot dans l'eau froide et s'en mettaient sur les joues. D'autres s'appliquaient des espèces de cataplasmes avec du pain trempé dans le lait d'ânesse. Poppée se servait d'une composition onctueuse où entrait le seigle bouilli ; on en faisait une espèce de masque qu'on laissait sécher sur le visage et que l'on détachait ensuite en lavant avec du lait. Les femmes allaient et venaient ainsi masquées dans l'intérieur de leur maison. C'était là, pour ainsi dire, leur visage domestique, le seul connu des

maris (leurs lèvres s'y prenaient à la glu, dit Juvénal)... les fleurs nouvelles qu'offrait le visage après la toilette étaient réservées pour les amants.

Pline nous apprend encore que les dames se servaient, pour se blanchir la peau, d'un fard composé de terre de Chio ou de Samos, que l'on faisait dissoudre dans du vinaigre.

Un remède populaire qui a quelque analogie avec celui-là, et qui agit comme un résolutif puissant sur les petites taches papuleuses du visage, consiste dans l'application de l'espèce d'acétate de chaux à l'état naissant, qu'on obtient en faisant plonger un œuf entier et cru dans un verre de vinaigre ; il se forme peu à peu à la surface du liquide une sorte de mousse ou d'écume saline qu'on enlève pour l'étaler sur la peau.

Le même auteur parle d'une terre de Sélinuse, blanche comme du lait, qui se dissolvait promptement dans l'eau, et qu'on employait au même usage.

D'autres fards, les uns blancs, les autres rouges, empruntés aux oxides et aux sels métalliques, étaient beaucoup moins innocents que ceux que nous avons cités. Aussi leur usage était-il blâmé par les philosophes.

Des grâces simples et naturelles (a dit *Afranius*), le rouge de la pudeur, l'enjouement et la complaisance, voilà le fard le plus séduisant de la jeunesse. Quant à la vieillesse, il n'est pour elle d'autre fard que l'esprit et les connaissances.

Celse caractérise d'une manière assez sévère le soin que prenaient les dames Romaines de prévenir ou d'enlever les taches de la *couperose* ou celles des éphélides.

« C'est presque une ineptie, dit cet auteur (dans un langage beaucoup moins galant que celui d'Ovide), que de s'occuper de traiter le *varus*, les taches de rousseur et les éphélides : mais on ne saurait ôter aux femmes le désir de soigner leur teint... » Il daigne cependant ajouter que l'on réussit très-bien à dissiper les rougeurs pustuleuses de l'acné (*Vari*) par l'application de la résine mêlée à un peu moins que partie égale d'alun de roche et à une petite quantité de miel.

Pour notre part, nous ne dédaignons pas non plus de donner quelque attention aux cosmétiques propres à adoucir la peau et à calmer l'irritation qui la rougit. Parmi les plus innocents et les plus usuels, nous signalerons le lait d'amandes, additioné d'acide benzoïque et le cosmétique de Frank, composé d'huile d'amandes douces et de *spermaceti* fondu à l'aide d'une douce chaleur. (*La suite à un prochain numéro.*)

10. *Recherches cliniques sur l'anesthésie, suivies de quelques considérations physiologiques sur la sensibilité*; par J.-H-S. Beau, médecin de l'Hôtel-Dieu (annexe), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(Archives générales de Médecine, janvier 1848.)

Je veux montrer dans ce mémoire que l'anesthésie de sensibilité générale se présente, dans plusieurs maladies, avec une fréquence habituelle qui n'a pas encore été remarquée. On verra de plus que cette anesthésie comprend deux espèces distinctes qui, jusqu'à ce jour, ont été confondues, et qui permettent de poser des caractères différentiels, précis et nouveaux, entre le sentiment de la douleur et celui du tact. La première de ces maladies qui va nous occuper est l'intoxication saturnine.

1° *De l'anesthésie dans l'intoxication saturnine.* Les différents pathologistes qui ont parlé de l'anesthésie dans l'intoxication saturnine ne l'ont signalée que comme un symptôme assez rare de cette intoxication. Suivant eux, ce symptôme se montre seulement lorsque l'individu affecté est soumis depuis fort longtemps à la fâcheuse influence du plomb, et surtout lorsqu'il a éprouvé de violentes coliques.

M. Tanquerel des Planches confirme par les chiffres de sa statistique ce que les observateurs antérieurs à lui avaient dit de la rareté de l'anesthésie saturnine. M. Tanquerel, en effet, nous apprend (1) que, sur une masse de 2,160 individus affectés d'intoxication saturnine, il en a rencontré 11 seulement qui présentaient de l'anesthésie de sensibilité générale, ce qui fait environ un cas d'anesthésie sur cent malades.

Or l'anesthésie, loin d'être un phénomène aussi rare des affections saturnines, est au contraire un symptôme habituel et pour ainsi dire essentiel à ce genre de maladies. Voici à quelle occasion j'ai conçu l'idée de faire des recherches à ce sujet.

Cette année, dans le mois de janvier, il vint dans mon service de l'Hôtel-Dieu (annexe) un peintre en bâtiments qui était affecté d'une cachexie saturnine des plus marquées. Ce malade nous fit observer qu'il était tout à fait privé de sentiment à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche. On pouvait, en effet, pincer vivement la peau de cette région et la piquer, sans que le malade en éprouvât la moindre douleur ; et quand, au lieu de chercher à provoquer de la douleur en ce point, on se bornait à y promener légèrement le doigt, le malade n'avait pas la sensation de ce contact.

Je lui demandai s'il était privé de sentiment ailleurs qu'à la

(1) *Traité des maladies de plomb*, t. II, p. 201.

cuisse ; il me répondit par la négative. Néanmoins je cherchai à m'assurer de ce qu'il en était ; je le piquai en différents endroits, je le pinçai vivement, et je fus fort étonné de lui entendre dire que ces différentes manœuvres ne lui causaient aucun sentiment douloureux. « Je sens bien, ajoutait-il, que vous me piquez, que vous me pincez, mais vous ne me faites aucun mal. » Et, effectivement, le sentiment du tact n'était pas aboli dans ces différents endroits ; car le malade sentait parfaitement bien quand on l'y touchait, même légèrement.

Il y avait donc chez ce malade, et sous le rapport de l'anesthésie, une grande différence entre la peau de la cuisse et celle des autres régions du corps. A la cuisse, le sentiment du tact et celui de la douleur étaient l'un et l'autre abolis ; dans les autres régions, il y avait conservation du sentiment du tact, et disparition du sentiment de la douleur.

Comme on doit bien le penser, je cherchai immédiatement à pousser plus loin ces investigations. J'avais deux autres malades affectés d'intoxication saturnine. Or, il pouvait très-bien se faire qu'ils fussent, sans le savoir, privés de la faculté de sentir, soit la douleur, soit le contact des corps ; de la même manière, en un mot, que le précédent malade, qui d'abord ne m'avait signalé de l'anesthésie qu'à la cuisse, sans se douter de l'anesthésie de douleur qu'il avait dans tous les autres points de l'enveloppe cutanée.

L'expérimentation à laquelle je me livrai sur ces deux individus confirma mes prévisions. Je pus, en effet, les pincer, les piquer en différents points de la peau, surtout sur les membres thoraciques, sans leur causer une sensation de douleur. Ils avaient cependant le sentiment tactile ; car ils sentaient le contact de l'épingle ; ils sentaient mon doigt, et même la barbe d'une plume, promenée doucement sur les points où le sentiment de la douleur n'existait plus.

Depuis ce temps, j'ai continué ces recherches sur tous les malades qui se sont présentés à mon observation ; leur nombre s'élève au moins à trente. Sur tous, j'ai constaté une anesthésie plus ou moins complète, bien que plusieurs d'entre eux fussent affectés d'intoxication saturnine depuis fort peu de temps et à un degré assez léger. Plusieurs avaient la colique, d'autres une dyspepsie sans colique.

Je dois dire maintenant quels sont les caractères principaux, les variétés de l'anesthésie qui se rattachent à l'intoxication saturnine.

Il y a dans cette affection deux variétés d'anesthésie : une anesthésie de tact, et une anesthésie de douleur (1).

(1) On pourrait plus brièvement appeler cette dernière *analgésie*, mot que

La première, l'anesthésie de tact, est une variété peu ordinaire. Je ne l'ai rencontrée que quatre fois sur la totalité des malades que j'ai examinés. Cette anesthésie entraîne nécessairement avec elle l'anesthésie de douleur dans les points qu'elle occupe. Les individus qui en étaient affectés n'avaient aucun sentiment du contact des corps. On les touchait, on les piquait, ou les pinçait sans leur faire éprouver ni de la douleur, ni la sensation tactile de ces différentes manœuvres. Cette anesthésie est partielle, et n'occupe pas une région très-étendue. Le premier malade que j'ai examiné en était affecté, comme nous le savons, à la cuisse gauche ; les autres l'avaient sur les bras et les avant-bras.

Dernièrement j'ai vu un malade affecté d'une cachexie saturnine, chez lequel les deux membres inférieurs étaient privés du sentiment du tact et de celui de la douleur, tandis que les membres supérieurs étaient privés seulement du sentiment de la douleur.

L'anesthésie de tact annonce une intoxication beaucoup plus grave que l'anesthésie de douleur.

Quant à l'anesthésie de douleur, elle est constante chez tous les malades atteints d'intoxication saturnine. Le sentiment de la douleur est alors complétement aboli, ou seulement diminué et moins vif qu'avant ou qu'après l'affection saturnine. Si l'anesthésie de douleur est complète, on peut, comme je l'ai déjà dit, pincer les malades, enfoncer çà et là et vivement la pointe d'une épingle sur différents points de l'enveloppe cutanée, sans causer de la douleur. Dans ce genre d'anesthésie, les individus sentent parfaitement le contact des ongles qui les pincent, de l'épingle qui les pique, et cependant cette sensation de tact ne s'accompagne pas d'un sentiment de douleur.

C'est pour cela que, quand on exerce ces différentes manœuvres dans le but de rechercher la vérité au sujet de cette anesthésie, il ne faut pas se contenter de demander aux malades s'ils sentent quelque chose. Ils répondront infailliblement oui ; car, comme ils ont le sentiment du tact conservé, ils sentent effectivement les pincements, les piqûres qu'on leur fait. Il faut resserrer uniquement ses intorrogations sur le fait de la sensation douloureuse, et alors les malades avoueront positivement qu'ils sentent, mais qu'ils ne souffrent pas. Du reste, à défaut de réponse catégorique à ce sujet, il sera facile de voir ce qu'il en est à l'impassible tranquillité de leur physionomie et de leurs membres, pendant qu'on

l'on trouve avec cette signification dans le Dictionnaire de Castelli. Le mot *anesthésie* s'appliquerait à la privation du sentiment du tact.

les soumet à ces différentes manœuvres ; manœuvres qu'il est impossible, même aux plus courageux, de subir sans donner des marques de douleur.

J'ai remarqué que, lorsqu'il y a anesthésie de douleur, les malades sont insensibles au chatouillement, même dans les points où cette sensation est le plus facile à provoquer, comme à la plante des pieds.

L'anesthésie de douleur peut affecter toute l'étendue de la peau. Le plus ordinairement, elle est plus marquée sur la peau des membres que sur celle du tronc et de la tête ; elle existe surtout sur les bras et les avant-bras.

Mais cette anesthésie n'est pas bornée à la peau seule ; elle peut s'étendre aussi aux membranes muqueuses, et surtout à celles qui, à l'état normal, sont douées de la plus vive sensibilité. C'est ainsi qu'on titille, qu'on touche la luette, l'isthme du pharynx, sans faire éprouver de sensation pénible et de vomiturition, On enfonce légèrement une plume dans le nez sans produire de l'éternument. On touche l'œil sans causer cette douleur, ce larmoiement qui sont liés au contact du globe oculaire. Quelquefois un grain de poudre de tabac pourra être appliqué sur la conjonctive, et ne déterminera qu'une sensation légère au lieu de cette vive douleur qui doit en résulter. Et, je le répète, dans toutes ces différentes manœuvres, le malade sent parfaitement bien le contact des différents corps qui touchent le pharynx, les cavités nasales, l'œil, sans éprouver le genre de douleur qui accompagne forcément ce contact, quand l'organisme se trouve dans des conditions normales.

L'anesthésie saturnine est continue et fixe, tant que dure la période d'état de l'intoxication ; elle se dissipe au fur et à mesure que la face perd sa couleur cachectique, et que l'appétit et les facultés digestives réapparaissent. Quand l'anesthésie de douleur se joint à l'anesthésie de tact, sa durée est plus longue que lorsque l'anesthésie de douleur existe seule. J'ai vu l'anesthésie de douleur se dissiper au bout de six jours de traitement ; d'autres fois elle existe encore après douze ou quinze jours. En général le sentiment de la douleur revient d'autant plus vite que le mal est moins ancien, et que l'individu est plus jeune.

Quand je dis que le sentiment de la douleur n'existe pas chez les malades qui ont subi l'influence du plomb, il faut l'entendre seulement de la douleur que l'on cherche à provoquer artificiellement ; car le sentiment de certaines douleurs spontanées existe souvent à un haut degré dans l'intoxication saturnine. Il y a, en effet, dans cette maladie, des coliques, des arthralgies, etc., qui

sont souvent assez violentes pour arracher des cris aux malades. Eh bien ! ces vives douleurs, qui sont un symptôme de l'affection saturnine, coexistent, chez ceux qui les endurent, avec la perte ou la diminution du sentiment de la douleur artificiellement provoquée.

De l'anesthésie dans l'hystérie. M. Gendrin a établi le premier que l'anesthésie est un symptôme constant de l'hystérie. L'observation de ce fait, qui est de date récente, a été annoncée par ce médecin dans une lettre écrite le 11 août 1846 à l'Académie royale de médecine. Dernièrement M. Henrot, un des élèves de M. Gendrin, a développé, dans sa thèse inaugurale (1), les idées de son maître en ce qui touche l'anesthésie et les autres symptômes de l'affection hystérique.

J'ai constaté la vérité du fait annoncé par M. Gendrin, à savoir que l'anesthésie est un symptôme constant de l'hystérie; mais, de plus, j'ai remarqué une circonstance qui n'est pas indiquée par M. Gendrin, c'est que cette anesthésie est toujours, comme dans l'intoxication saturnine, une anesthésie de douleur, soit qu'elle coïncide avec l'anesthésie de tact, ce qui est peu commun et ce qui ne se voit que dans les cas de grande intensité, soit qu'elle s'accompagne du sentiment tactile, ce qui existe chez la plupart des sujets affectés (2).

J'ajouterai que l'anesthésie est d'autant plus marquée qu'il y a un plus grand trouble dans les fonctions digestives.

Tout ce que j'ai dit des caractères, des circonstances et du siége de l'anesthésie dans l'intoxication saturnine est parfaitement applicable à celle que nous présente l'hystérie.

De l'anesthésie dans l'hypochondrie. Je dois dire que le mot *hypochondrie* n'est pas pour moi synonyme de *maladie imaginaire.* Je regarde avec un très-grand nombre de bons auteurs l'hypochondrie comme une maladie réelle, caractérisée par des symptômes positifs, dont les principaux sont, comme je l'ai dit

(1) Thèses de Paris, 1847, n° 150.

(2) Voici le passage sur lequel je me fonde pour dire que M. Gendrin n'a pas précisé le degré de fréquence de l'anesthésie de douleur et de l'anesthésie de tact dans l'hystérie. « Tel malade perçoit seulement la température, le degré de sécheresse et d'humidité des corps; tel autre perçoit seulement leur forme et leur dureté; tel autre n'est accessible qu'aux actions douloureuses qu'on exerce sur lui. Toutes ces circonstances sont très-variables, etc. » (Thèse de M. Henrot, p. 9.) On ne note pas, en effet, dans ce passage, ces deux circonstances, que je tiens à signaler : 1° que l'anesthésie de douleur existe le plus souvent dans l'hystérie sans être accompagnée de l'anesthésie de tact; 2° que, dans les cas peu ordinaires où il y a anesthésie de tact, cette anesthésie entraîne avec elle l'anesthésie de douleur; que par conséquent l'anesthésie de douleur, soit seule, soit accompagnée de l'anesthésie de tact, est un symptôme habituel, pour ne pas dire constant, de l'affection hystérique.

ailleurs (1) : une diminution ou une altération de l'appétit et des fonctions digestives, la formation de gaz dans le tube digestif, des palpitations, de la dyspnée, des vertiges, des éblouissements, des bruits artériels, des névralgies, etc., et des sensations diverses en différents points de l'organisme. Les sujets affectés de ces différents symptômes sont fréquemment tourmentés par des idées tristes, de la mélancolie, et des terreurs au sujet de leur maladie, qu'ils regardent comme très-grave et même mortelle. Cette affection, qui est assez commune, n'est pas observée par tous les médecins sous le nom d'*hypochondrie;* elle est appelée, suivant le symptôme dominant, *congestion cérébrale*, *hydrémie*, *palpitations*, *névralgie intercostale*, *gastralgie*, *dyspepsie*, etc.

Maintenant, je dirai que j'ai constaté l'existence de l'anesthésie dans l'hypochondrie, telle que je viens de la comprendre et de l'exposer.

L'anesthésie présente les mêmes caractères dans l'hypochondrie que dans l'hystérie et dans l'intoxication saturnine, et elle est facile à constater par les mêmes moyens que ceux dont il a été question ; elle affecte les mêmes points de la peau et des membranes muqueuses. Je l'ai toujours vue porter sur le seul sentiment de la douleur avec conservation du sentiment du tact. Dans un seul cas, il y avait abolition du sentiment du tact et de celui de la douleur. Ce fait ne doit pas être regardé comme une exception extrêmement rare. L'hypochondrie, en effet, peut, comme l'hystérie et l'intoxication saturnine, donner lieu non-seulement à une anesthésie de tact, mais encore à une paralysie musculaire. J'ai observé, il y a quelques années, un cas d'hypochondrie, dans lequel il se montra des symptômes de paralysie générale, et qui pourtant se termina par la guérison. Les détails en ont été recueillis et publiés par M. de Crozant (2).

Tous les hypochondriaques ne sont pas frappés d'anesthésie. Il faut, pour que l'individu soit insensible à la douleur artificiellement provoquée, que l'hypochondrie soit de date un peu ancienne, et que tous les symptômes en soient bien marqués, surtout les symptômes nerveux proprement dits, tels que les névralgies, et les sensations diverses accusées incessamment par les malades.

On comprendra sans peine combien il est étonnant et curieux de voir un homme, qui paraît jouir de toute sa force et de toute sa santé, rester insensible à toutes les actions douloureuses qu'on

(1) *Archiv. gén. de méd.*, mars 1846.
(2) *Annales medico-psychologiques*, t. II, p. 151 ; 1843.

exerce sur lui, telles que celles de le piquer, de le pincer, et même de promener sur lui un cautère rougi à blanc. Et le même homme, sur les points où il a perdu la faculté de souffrir la douleur artificielle, vous accusera le contact d'une barbe de plume !

Le nombre des hypochondriaques a été considérable cette année, même dans les hôpitaux. J'ai donc pu fréquemment observer cette anesthésie de douleur, qui existe habituellement dans l'hypochondrie, quand celle-ci est bien caractérisée (1). Chez quelques-uns, nous avons pu suivre la maladie jusqu'à sa fin, et constater par conséquent le rétablissement du sentiment de la douleur arrivant avec la guérison du malade.

Telles sont les maladies dans lesquelles on trouve l'anesthésie, et surtout l'anesthésie de douleur, comme symptôme lié habituellement, pour ne pas dire constamment, à la constitution de ces maladies.

(1) Voici deux faits que je prends au hasard parmi tous ceux que j'ai observés.

1° Un ouvrier menuisier, âgé de 23 ans, d'une constitution forte, entra à l'Hôtel Dieu (annexe) le 15 juillet 1847. Il dit être malade depuis un an environ, et attribue sa maladie à l'habitude que lui avait fait contracter son patron de boire chaque matin un grand verre de vin pur avant de se mettre à l'ouvrage. Il remarqua qu'à dater de ce moment son appétit diminua, ses digestions devinrent laborieuses, et ses forces déclinèrent. Il se plaint actuellement de rapports acides, de point de côté (névralgie intercostale), de vertiges, de palpitations. Il a des bruits intenses aux carotides. Il accuse surtout une sensation fort pénible, dont il ne parle qu'avec une sorte d'agacement, et qu'il appelle *attaque de nerfs dans la peau.* Cette sensation le force quelquefois de se lever la nuit et de se promener dans la salle. On le pince, on le pique profondément sur les avant-bras, les bras, et même la peau du thorax, sans lui causer la moindre douleur ; néanmoins il a le sentiment des contacts les plus légers dans les mêmes points. Ce malade est parti éprouvant une certaine amélioration dans l'état de sa maladie, mais l'anesthésie de douleur est à peu près la même qu'à son entrée.

2° Un jeune homme de 18 ans, cordonnier, est entré à l'Hôtel-Dieu (annexe) pour une faiblesse de la vue qui seule a attiré son attention jusqu'à présent. Les pupilles sont assez dilatées, mais parfaitement contractiles ; il éprouve des éblouissements quand il regarde des objets d'un petit volume ; mais on observe sur ce malade d'autres phénomènes qui montrent que la faiblesse de la vue n'est elle-même que le symptôme d'une hypochondrie. Diminution de l'appétit, faiblesse dans les jambes, constipation, vertiges, céphalalgie, bruits et battements des carotides ; névralgie intercostale du septième et du huitième nerf du côté gauche ; face un peu pâle. Ce jeune homme attribue son mal au travail forcé et assidu auquel il est soumis depuis treize mois qu'il habite Paris.

Il y a anesthésie de douleur très-marquée sur les bras. Le malade n'éprouve aucune douleur quand on le pince, quand on le pique, et même quand on le brûle avec le cautère transcurrent. Son insensibilité l'étonne et le fait sourire ; et pourtant la sensibilité tactile des bras est assez conservée pour que le malade, après avoir détourné la tête, indique, sans jamais se tromper, quand on le touche avec une barbe de plume.

Ce malade, ayant trouvé une occasion de retourner dans son pays, est parti avant qu'on ait pu constater le retour de la sensibilité.

Il est probable que ce ne sont pas les seules où ce symptôme existe ; peut-être l'anesthésie de douleur se trouve-t-elle, comme symptôme habituel, dans le scorbut et surtout dans la pellagre, maladies qui se terminent souvent par des paralysies ; peut-être se rencontre-t-elle aussi dans la *colique de Madrid*, la *colique végétale*, et le *beriberi* des Indes, maladies qui ont tant de rapport avec l'intoxication saturnine. Il y a des recherches à faire dans ce sens. Néanmoins, des faits qui précèdent, nous pouvons déjà inférer que le *délire nerveux*, si bien étudié par Dupuytren comme complication des affections traumatiques et comme phénomène consécutif aux grandes opérations, entraîne avec lui l'anesthésie de douleur. On doit se rappeler, en effet, que, parmi les traits assignés par Dupuytren à cette espèce de névrose traumatique, il en est un sur lequel ce célèbre chirurgien insistait dans ses leçons cliniques, c'est la singulière faculté qu'ont les malades affectés de délire nerveux, d'exercer des mouvements qui seraient extrêmement douloureux dans toute autre circonstance. On voit, en effet, des individus atteints de contusion profonde, de plaie, de fractures, etc., se lever, se promener dans les salles sans manifester la moindre douleur. Or, n'est-il pas permis de penser que ces malades doivent cette immunité à une anesthésie de douleur qui se montre dans le délire nerveux, comme dans l'hystérie, l'hypochondrie et l'intoxication saturnine?

Nous pouvons, par une interprétation semblable, comprendre certains faits qui n'ont pas encore été bien précisés dans leur mode de production. On sait que certains aliénés, et entre autres les lypémaniaques, sont insensibles à la douleur et aux opérations chirurgicales. M. Nélaton, à qui je faisais part des idées contenues dans ce mémoire, m'a dit avoir fait, à Bicêtre, l'amputation de la jambe a un aliéné non paralytique, qui ne donna aucun signe de douleur pendant tout le temps de l'opération. Cet homme s'était fracturé le péroné quelque temps auparavant, et il avait néanmoins continué de marcher comme à l'ordinaire, sans souffrir par conséquent, et sans qu'on s'aperçût de rien. Ce ne fut qu'après plusieurs jours qu'on remarqua, sur le lieu de la fracture, une violente inflammation avec gangrène, qui résultait du mouvement incessant auquel le membre fracturé avait été soumis, et qui nécessita l'amputation. Il n'est pas indifférent de dire que le malade mourut des suites de cette opération ; j'y reviendrai plus loin.

Or, cet aliéné et les autres monomanes qui sont insensibles à la douleur, sans avoir pour cela une paralysie proprement dite, doivent bien évidemment cette insensibilité à l'anesthésie

de douleur, dont l'existence n'est pas plus inconcevable chez eux que chez les hystériques et les hypochondriaques.

Du reste, j'ai pu directement observer cette anesthésie de douleur sur un jeune lypémaniaque qui est resté quelques jours dans mon service de l'Hôtel-Dieu (annexe). Cet aliéné avait plusieurs des symptômes de l'hypochondrie, tels que l'anorexie et les bruits carotidiens. Il était insensible à la douleur artificielle, mais il sentait le contact des corps.

Nous pouvons aller encore plus loin dans ce genre d'interprétation. Nous pouvons, je crois, jeter quelque lumière sur ces faits merveilleux d'insensibilité à la douleur, qui ont joué un grand rôle dans les monomanies religieuses.

Ces convulsionnaires, ces illuminés des deux sexes que certaines sectes (1) nous présentent avec orgueil, comme ayant enduré les tortures les plus douloureuses, sans perdre leur impassible sérénité, étaient tout simplement de malheureux malades qui, à leur monomanie religieuse, joignaient les symptômes hystériques et hypochondriaques. L'histoire se charge elle-même de nous en fournir la preuve, car elle nous apprend des *trembleurs des Cévennes* que plusieurs *avaient les entrailles bruyantes* (2), c'est-à-dire qu'ils étaient affectés de ces flatuosités abdominales qui ont toujours caractérisé l'hystérie et surtout l'hypochondrie. Qu'y a-t-il dès lors de si étonnant à ce que ces sectaires fussent affectés en même temps de cette anesthésie, que nous avons dit coexister avec les flatuosités chez les hystériques et les hypochondriaques?

Et remarquons-le bien, ce qui donnait un caractère miraculeux à cette anesthésie de douleur, c'est que, n'étant pas accompagnée d'insensibilité au tact, on ne devait guère penser qu'elle pût se rattacher à une paralysie ou à toute autre maladie. C'était dès lors une perfection de nature, un don réellement divin que tous cherchaient à obtenir par des méditations, des prières, et et surtout par des jeûnes prolongés et des abstinences sévères (3). Or, on le sait, les méditations persévérantes, les abstinences et les jeûnes prolongés ont, de tout temps et avec raison, été considérés par les médecins comme des causes à peu près certaines de ces délabrements d'estomac, de ces dyspepsies qui traînent nécessairement à leur suite l'hypochondrie. Par conséquent, ces différents moyens, mis en usage dans un but de sanctification,

(1) Les *anabaptistes*, les *trembleurs*, les *convulsionnaires de Saint-Médard*, etc. Voyez là-dessus l'ouvrage important de M. Calmeil, *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*, 2 vol.; Paris, 1845.

(2) Calmeil, *loc. cit.*, t. II, p. 287.

(3) Voy. l'ouvrage cité de M. Calmeil.

avaient donc surtout un côté pratique qui était inséparable de leur action physiologique : c'était de servir aux illuminés de préparation, et en quelque sorte d'*entraînement* pour se dépouiller du sentiment de la douleur, et pour braver tout à leur aise les bourreaux et les tortures.

On a expliqué jusqu'à présent ces faits irréfragables d'insensibilité chez les illuminés, par une volonté ferme et exaltée qui faisait taire la douleur ; mais on verra, je pense, comme moi, que la raison de ces faits est encore plus simple qu'on ne l'a cru. L'insensibilité des illuminés n'avait pas d'autre principe que celle de nos hystériques et de nos hypochondiaques, qui n'ont que faire d'une volonté ferme et exaltée, et qui n'ont aucun intérêt à être insensibles à la douleur. Elle était alors ce qu'elle est aujourd'hui, un symptôme.

Résumé. — De tout ce qui précède, on peut établir le résumé suivant :

L'intoxication saturnine, l'hystérie, l'hypochondrie, le délire nerveux, la lypémanie, peut-être même la pellagre, le scorbut, la colique végétale, etc., ont pour symptôme habituel une anesthésie de la sensibilité générale (1).

Cette anesthésie peut envahir tous les points de l'enveloppe cutanée et les orifices des membranes muqueuses ; mais elle affecte particulièrement les membres, surtout les membres supérieurs.

Il s'ensuit qu'un individu atteint d'une des maladies précédentes, qui aurait à subir une opération chirurgicale, serait aussi complétement insensible à la douleur que s'il avait respiré de l'éther. Nous avons signalé plus haut (p. 61) un fait qui met cette vérité hors de doute. Des cas de ce genre se sont présentés quelquefois sans qu'on sût à quelle cause rapporter l'insensibilité que montraient les opérés. De plus, on avait remarqué que les opérations ainsi faites sans douleur ne réussissaient pas. Notre fait déjà cité est encore là pour appuyer ce point d'observation. Toutefois, comme on doit bien le penser, ce n'est pas à cause de l'absence de douleur que les opérations ne réussissaient pas, mais uniquement à cause de la condition morbide qui rendait les opérés insensibles. Il n'y a donc aucun rapprochement à établir, sous le rapport des chances d'insuccès, entre l'insensibilité constitutionnelle qui est due à un mauvais état de tout l'organisme, et cette insensibilité momentanée que l'on détermine à l'aide de l'éther ou du chloroforme.

(1) Je dois rappeler que toutes mes propositions fondamentales sur l'anesthésie ont été consignées à l'Académie de médecine dans sa séance du 10 août 1847 (voy. le bulletin de la séance).

Cette anesthésie habituelle dans les maladies que nous avons examinées affecte toujours le sentiment de la douleur, soit qu'elle porte en même temps sur le sentiment du tact, ce qui est peu commun, soit qu'elle coïncide avec la conservation du sentiment tactile, ce qui existe dans la grande majorité des cas.

Il faut donc distinguer, dans l'anesthésie de sensibilité générale, deux variétés d'anesthésie : celle de la douleur et celle du tact. L'anesthésie du tact n'existe jamais sans l'anesthésie de douleur ; mais l'anesthésie de douleur se rencontre habituellement sans être accompagnée de l'anesthésie de tact. Par conséquent, la privation du sentiment du tact indique une anesthésie plus intense que la privation du sentiment de la douleur. L'anesthésie de douleur constitue le premier degré de l'anesthésie ; le second degré est l'anesthésie de tact.

Dans l'anesthésie de douleur, ou est insensible à la douleur produite par les piqûres, les pincements, la brûlure, etc., bien que l'on sente le contact de l'épingle qui pique, du fer qui brûle, etc., on sent même le contact d'une barbe de plume ; mais on est insensible au chatouillement (1).

Dans l'anesthésie de tact, on est insensible à tout, à la douleur que l'on cherche à provoquer, et au simple contact des instruments, à l'aide desquels on veut produire la douleur.

L'anesthésie de douleur doit s'entendre seulement de la douleur artificielle et provoquée. Rappelons-nous, en effet, que les maladies précédemment examinées présentent habituellement, parmi les symptômes ordinaires, des douleurs spontanées ou des névralgies.

Jusqu'à présent on n'avait pas distingué deux variétés d'anesthésie de la sensibilité générale. On croyait que la perte du sentiment de la douleur entraînait nécessairement avec elle celle du sentiment du tact. De là l'étonnement avec lequel on accueillit les premières communications, faites en France par MM. Malgaigne et Velpeau, de ces faits d'éthérisation dans lesquels l'individu entend qu'on lui parle, sent qu'on le touche, bien qu'il ne sente plus la douleur.

Puisque l'observation pathologique nous force de séparer l'anesthésie de douleur de l'anesthésie de tact, nous devons, je crois, distinguer aussi en physiologie le sentiment du tact et le sentiment de la douleur.

(1) Comme on le voit, le chatouillement doit être distrait du sentiment du tact pour figurer dans le sentiment de la douleur. Mes observations confirment donc la séparation que M. Gerdy a posée entre le sentiment du tact et le sentiment (Gerdy, *Physiologie philosophique des sensations*, etc. ; Paris, 1846.)

La réalité de cette distinction physiologique peut être démontrée d'une manière directe, au moyen de l'expérience suivante.

Si à l'aide d'un ustensile quelconque, tel qu'une règle de bureau, une canne, etc., on se donne un coup sur le pied ou sur un orteil rendu sensible par un cor ou un durillon; si le coup est sec et assez fort pour être douloureux, on éprouve deux sensations parfaitement distinctes : d'abord la sensation du contact ou du choc du corps percutant, et puis après la sensation de la douleur. La sensation du contact ou du choc est perçue dans le moment même où la percussion a lieu; la sensation de la douleur *ne commence qu'une seconde ou deux secondes environ après que s'est terminée la sensation du choc.* La sensation du contact a une durée égale à celle du choc, c'est-à-dire qu'elle est instantanée; la sensation de la douleur n'est pas instantanée comme la précédente; elle apporte avec elle l'idée d'une sorte de vibration qui semble se prolonger.

Cette expérience rappelle involontairement un autre fait analogue sur lequel chacun a conservé des souvenirs personnels, celui d'une coupure. On sait, en effet, que, lorsqu'on se fait une blessure aux doigts avec un rasoir ou un canif, on éprouve deux sensations successives et différentes : 1° celle du contact de l'instrument qui divise les chairs, 2° celle de la douleur qui arrive après. Il y a un intervalle manifeste entre ces deux sensations, dont la première est plus brève que la seconde.

Ces faits prouvent évidemment l'incontestable différence des deux sentiments du tact et de la douleur; bien qu'il soit fort difficile, pour ne pas dire impossible, de se rendre un compte exact de la manière dont les choses se passent. Toutefois, je ne crois pas irrationnel d'expliquer par une sorte de *réflexion* nerveuse le retard du sentiment de la douleur sur celui du sentiment du tact. Je pense donc qu'à l'occasion du contact produit par le corps vulnérant, il y a un ébranlement qui s'élève du point où a lieu ce contact, jusqu'aux centres nerveux, et que de là il redescend sur le lieu même d'où il est parti, pour y déterminer la sensation de la douleur.

Par conséquent le sentiment du tact serait le résultat d'une action directe et ascendante des nerfs sensitifs; le sentiment de la douleur serait le résultat d'une action successivement ascendante et descendante, ou réflexe des mêmes nerfs.

Rappelons encore à ce sujet l'expérience que nous avons rapportée plus haut, celle qui consiste à subir un choc douloureux pour ressentir séparément les sensations du choc et de la douleur. Il se trouve dans cette expérience une circonstance très-

importante pour la réussite du résultat désiré, c'est qu'elle soit pratiquée sur le pied ; si, en effet, elle l'était à la main, le résultat en serait moins tranché ; c'est-à-dire qu'il y aurait beaucoup moins d'intervalle entre la sensation du tact et celle de la douleur. Pourquoi cette différence ? probablement parce que la réflexion met plus de temps à se faire au pied qu'à la main.

Si on a froid aux pieds quand on les soumet à l'expérience en question, on observe un très-grand retard dans la perception de la sensation de la douleur, bien que la sensation du choc ait lieu toujours dans le moment même où le choc a lieu. Il y a alors entre ces deux sensations le même intervalle que celui que l'on a l'habitude de constater entre le feu et le coup d'un canon lorsqu'on est éloigné de l'endroit où a lieu l'explosion (1). Or, ne peut-on pas encore invoquer ici la réflexion, dont l'action serait retardée par l'état de stupeur que le froid détermine dans les tissus vivants ?

Il me semble que l'hypothèse de la réflexion (car ce n'est qu'une pure hypothèse) permet de mieux saisir les differents faits pathologiques que nous avons exposés, et que nous allons rappeler en masse dans les deux propositions suivantes :

1° *Il y a habituellement anesthésie de douleur sans anesthésie de tact.* Dans ce cas, le sentiment du tact, qui est l'excitation de la réflexion, a lieu ; mais la réflexion ne peut pas se faire, et dès lors il n'y a pas sentiment de la douleur.

2° *Quand il y a anesthésie de tact, il y a nécessairement anesthésie de douleur.* Le sentiment de la douleur n'existe pas dans cet ordre de faits, parce que le sentiment du tact étant aboli, il n'y a plus de stimulus qui excite la réflexion d'où résulte la douleur.

On voit par là que le sentiment de la douleur doit être considéré comme surajouté, pour ainsi dire annexé au sentiment du tact : aussi est-il le premier des deux à disparaître quand l'innervation ne se trouve plus dans des conditions d'intensité normale. Cette innervation subit-elle un affaissement encore plus considérable, alors le sentiment du tact disparaît à son tour, et il y a insensibilité complète.

Le sentiment du tact a pour but de nous avertir du contact des corps en général. Le sentiment de la douleur a pour but non

(1) Si le froid est encore plus considérable, il y aura non pas une prolongation dans le retard de la sensation douloureuse, mais bien absence de tout sentiment douloureux, quoique la sensation du choc soit encore perçue ; et si le froid est à un degré excessif, il n'y aura plus ni sentiment de la douleur ni sentiment du tact. Telle est la gradation qui suit le froid quand il enlève la sensibilité.

moins important de nous avertir du contact des corps désorganisateurs, en nous forçant impérieusement à faire cesser ce contact.

Le sentiment de la douleur ne se borne pas à nous avertir du contact des corps désorganisateurs proprement dits, mais encore à nous garantir des mouvements et des positions nuisibles à l'organisme, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie. Si l'aliéné dont j'ai parlé plus haut eût eu le sentiment de la douleur intact quand il se fractura le péroné, il eût été forcé par cette douleur à garder le repos et à se plaindre de son accident. C'est ainsi que le sentiment de la douleur l'eût préservé de la gangrène, de l'amputation et de la mort.

On peut donc admettre le sentiment, ou, s'il était permis de se servir de ce mot, le sens de la douleur, comme on admet le sens du tact, comme on admet les sens spéciaux de la vue, de l'ouïe, etc. Par conséquent, on peut dire qu'on est paralysé du sens de la douleur comme on est paralysé du sens du tact, comme on l'est des sens spéciaux, comme on l'est, enfin, de cette autre fonction nerveuse, de la motilité.

Ces différentes paralysies peuvent toutes se rencontrer plus ou moins dans les maladies que nous avons examinées; mais l'espèce de paralysie que ces maladies nous présentent le plus fréquemment isolée de toute autre, celle qu'elles nous présentent à titre de symptôme habituel, est la paralysie ou l'anesthésie de douleur, ou mienx encore l'*analgésie*.

---

11. *Application du cautère actuel à l'épine dorsale dans les leucorrhées utérines.*

(Gazette médicale de Paris, N° 11 ; 1848.)

M. le docteur Mitchell prétend retirer de ce mode énergique de traitement deux avantages précieux : la disparition de la douleur lombaire qui accompagne si souvent les affections chroniques de l'utérus, et la guérison des écoulements utérins rebelles. Mais il previent les praticiens qu'ils devront, avant de recourir au cautère actuel, s'assurer bien positivement que l'écoulement sort d'entre les lèvres du museau de tanche ; car dans les leucorrrhées vaginales on n'obtiendrait pas le résultat désiré. Il les avertit, en outre, que la chaleur du cautère ne doit être portée que jusqu'au rouge obscur, car il ne s'agit d'opérer qu'une simple révulsion et non une destruction des parties. Voici, d'ailleurs, comme il procède. Après avoir chauffé le bouton de cautère avec une lampe à alcool, il l'applique à coups répétés sur la peau du dos; il prolonge d'autant plus le contact que le fer est moins chaud. Il a l'habitude de

toucher les téguments de la région lombaire à douze places distinctes, quatre de chaque côté et quatre sur les apophyses épineuses mêmes.

M. Mitchell a employé cette méthode plus de soixante-dix fois dans des cas de leucorrhée utérine, d'hystérie et de dysménorrhée se rattachant à cette affection. Plusieurs de ses malades avaient des douleurs lombaires telles, qu'elles ne pouvaient marcher ; chez toutes, la leucorrhée utérine était ancienne et avait résisté à divers moyens thérapeutiques. Presque toutes ont guéri, la plupart après une seule application. Jamais on n'a été obligé d'y revenir plus de deux fois.

La douleur est l'élément morbide qui cède le plus rapidement à cette médication, et jamais le succès n'est plus certain que lorsque cet élément prédomine. Lorsqu'il y a des granulations au col, il est quelquefois besoin de toucher celui-ci avec le nitrate d'argent ; mais la douleur a déjà cédé à l'application seule du cautère actuel.

---

12. *Emploi de la pommade à la cévadille contre la gale ;* par M. José Gascon.

(Gazette médicale de Paris, N° 11 ; 1848.)

L'auteur, ayant entendu parler de l'efficacité de la cévadille contre la gale, se proposait d'essayer ce médicament dans sa pratique ; mais les malades qui lui en fournirent la première occasion furent une pauvre femme de 30 ans et deux enfants de 6 et 8 ans, qui avaient contracté l'affection un mois et demi environ avant de le consulter. Or, comme il aurait été impossible à ces malheureux d'acheter une livre de bonne eau-de-vie pour faire préparer la teinture de cévadille, M. Gascon eut l'idée de leur prescrire une pommade, composée de 16 grammes de semences de vératrum finement pulvérisées, mêlées exactement avec 100 grammes de graisse de porc. Il leur ordonna de se frictionner avec ce composé, matin et soir, les parties siége de l'éruption, comme avec les pommades ordinaires.

L'efficacité de ce remède fut telle que, au bout de cinq à six jours de son emploi, il ne restait plus de traces de l'éruption.

Ce fait prouve que, mélangée à l'axonge et administrée en pommade, la cévadille jouit de la même propriété de détruire l'acarus que lorsqu'on l'applique sous forme de teinture. L'auteur dit même qu'il donnerait la préférence à la pommade.

— Sans contester l'efficacité de cette préparation, nous ferons seulement observer, que la prédilection avouée par l'auteur aurait peut-être besoin, pour paraître entièrement motivée, de se

fonder sur d'autres arguments que sûr la guérison d'une femme et de deux enfants, classe de sujets qui, par la finesse de leur peau, sont plus sensibles à l'action curative des topiques spécifiques de la gale, dans les cas du moins où cette affection n'est ni trop profonde ni trop ancienne.

---

13. *Cérat pour prévenir les gerçures du mamelon*; par M. José Léon.

(Gazette médicale de Paris, nº 11 ; 1848.)

On ne connaît que trop les douleurs horribles que causent aux nouvelles accouchées les gerçures ou fissures du mamelon ; et malheureusement la fréquente impuissance de l'art pour guérir cette légère, mais si désespérante maladie, est un fait tout aussi avéré. C'est donc avec reconnaissance qu'on accueillera l'indication d'un moyen propre à les prévenir.

Après avoir exposé les causes diverses de cet accident, parmi lesquelles il range l'excès d'amidon employé à empeser les chemises et le défaut de soins de propreté, l'auteur décrit le procédé prophylactique de son invention.

Il conseille à toutes les femmes enceintes, qui ont quelque raison de craindre la gerçure du sein, d'user pendant le mois qui précède l'accouchement, une fois par jour, du liniment suivant, après s'être d'abord lavé le mamelon avec de l'eau tiède.

Tannate de plomb.	4	grammes.
Cérat simple.	30	—
Huile essentielle de roses. . . .	2	gouttes.

M. E.

Il faut immédiatement ensuite couvrir le sein avec uue compresse de linge doux.

Dans le cas où la malade serait très-excitable, on pourrait supprimer l'essence de roses. Le chirurgien devra aussi éviter tout ce qui serait dans le cas d'impressionner plus ou moins vivement la susceptibilité de la femme en état de gestation.

---

14. *Composition et propriétés médicales de la chinoïdine.*

(Gazette médicale de Paris, Nº 12 ; 1848.)

Dans la fabrication du sulfate de quinine, lorsque toute la matière cristallisable s'est séparée, il se dépose un matière jaune brunâtre qui, lavée, s'agglutine comme une résine : c'est cette matière à laquelle on a donné le nom de chinoïdine. Voici, d'après l'étude spéciale qu'en a faite M. Liebig, quels sont les caractères et les propriétés de cette substance :

La chinoïdine est tantôt en masses irrégulières, tantôt en ta-

blettes carrées d'une couleur brune, presque noirâtre ; elle est cassante à froid, mais se ramollit à la chaleur de la main. En la pulvérisant, elle devient fortement électrique. Elle ne se dissout point dans l'eau froide, à peine dans l'eau bouillante, qui acquiert une saveur amère pure.

La chinoïdine se dissout dans deux fois son poids d'alcool et dans les acides étendus, qu'elle neutralise sans résidu appréciable; elle en est complétement précipitée par les alcalis. Le liquide qui la tient en suspension, agité avec son volume d'éther, cède la chinoïdine à cette derniére substance; la solution éthérée abandonne par l'évaporation l'alcali avec ses propriétés primitives. Chauffée avec une solution de sulfate de cuivre, la chinoïdine se dissout en précipitant l'oxyde de cuivre.

Les sels de chinoïdine sont précipités par le tannin et donnent, avec le chlorure platinique, un précipité jaune tout à fait semblable au chlorure double de platine et de quinine.

La chinoïdine a, d'après les analyses de M. Liebig , la même composition et le même équivalent que la quinine ; c'est ce dernier alcali à l'état amorphe. La chinoïdine serait à la quinine ce que le sucre incristallisable est au sucre de canne.

On s'assure que la chinoïdine est pure lorsqu'elle se dissout sans résidu dans les acides étendus, l'alcool et l'éther.

Quelquefois on rencontre, sous le nom de chinoïdine, le sulfate de cette base évaporé à siccité ; ce sont simplement les eaux mères du sulfate de quinine évaporées à siccité. Ce sel se dissout incomplétement avec une couleur brune dans l'eau. On en précipite facilement la chinoïdine par l'ammoniaque.

D'après les expériences auxquelles plusieurs médecins se sont livrés , la chinoïdine posséderait les propriétés fébrifuges au même degré que la quinine. S'il en était ainsi, la chinoïdine, dont le prix en Allemagne est sept fois moindre que celui de la quinine, pourrait être appelée à rendre de grands services à la pratique.

Traitement du muguet chez les enfants à la mamelle.

On sait combien le muguet, affection légère et de peu d'importance, lorsqu'il est idiopathique, devient grave, au contraire, lorsqu'il est lié à quelque affection interne dont il vient compliquer le cours. On a préconisé contre cette affection un grand nombre de traitements qui laissent souvent les praticiens dans l'embarras du choix. M. Trousseau, après avoir essayé successivement tous les moyens connus, dans le but d'en étudier la va-

leur relative, s'est arrêté à la méthode suivante comme la plus sûre.

On se sert d'un mélange de borax et de miel rosat dans les proportions égales :

Prenez : Miel rosat. . . . . 10 grammes.
Borax. . . . . 10 —

On enduit de ce mélange un pinceau de charpie, qu'on passe dans la cavité buccale cinq ou six fois dans la journée. L'enfant presse le pinceau et en exprime ainsi la substance médicamenteuse.

Dans la majorité des cas, ces applications, répétées pendant deux ou trois jours, suffisent, et le muguet disparaît.

Mais il arrive quelquefois qu'en raison, soit de son étendue, soit de sa confluence, soit de toute autre condition inexplicable, le muguet persiste malgré l'usage réitéré du borax. M. Trousseau a alors recours à un autre moyen.

On prépare une solution de nitrate d'argent dans les proportions suivantes :

Prenez : Nitrate d'argent carbonisé. . 5 grammes.
Eau distillée. . . . . 30 —

dans laquelle on trempe un petit pinceau semblable à ceux dont les enfants se servent pour peindre, et on passe le pinceau chargé de la solution sur toutes les parties du muguet.

Il suffit ordinairement de deux ou trois applications de la solution de nitrate d'argent pour mettre fin au muguet le plus tenace. Dans les cas exceptionnels pourtant où la maladie résiste encore, M. Trousseau n'hésite pas à recourir au crayon de nitrate d'argent fondu, qu'on passe sur les parties atteintes du muguet. D'ailleurs, soit qu'on se serve de la solution, soit qu'on fasse usage du crayon, les applications ne doivent en général avoir lieu qu'une seule fois par jour. Il est tout à fait inutile de toucher plus souvent.

Cataplasme sédatif et résolutif contre les arthrites.

Certaines arthrites de nature rhumatismale, semblant épuiser toute leur action sur une seule articulation, provoquent des douleurs d'une violence extrême, et occasionnent quelquefois, dans l'articulation qui en est le siége, de graves lésions. Les affections articulaires qui se développent à la suite de couches sont aussi dans ce cas, les arthrites puerpérales s'accompagnent toujours de douleurs excessivement vives, donnent souvent lieu à des suppurations abondantes, et dans tous les cas elles ne se résolvent qu'avec une extrême lenteur, résistant opiniâtrement à presque

toutes les médications. Pour combattre ces divers accidents, M. le professeur Trousseau prescrit l'application du cataplasme suivant :

On fait bouillir dans de l'eau-de-vie camphrée la quantité de pain nécessaire pour faire le cataplasme ; lorsque celui-ci a la consistance convenable, on l'étend et on le recouvre d'une couche de camphre, à la dose de 10 grammes environ pour les cataplasmes de grandeur ordinaire. Le tout est ensuite arrosé d'une dose égale de solution d'extrait de belladone. Ce cataplasme, à la fois sédatif et résolutif, a presque toujours pour effet de diminuer notablement les douleurs dès la première nuit. Quelquefois elles ont complétement disparu en quelques jours. Son action résolutive est moins rapide, on le conçoit ; cependant la résolution de ces sortes d'arthrites en est sensiblement hâtée.

Le prix de ce cataplasme paraît assez élevé ; mais il n'est besoin de le renouveler que tous les cinq ou six jours.

Traitement de l'inflammation consécutive à l'application des sinapismes, par le liniment oléo-calcaire et le coton cardé.

Les effets produits par l'application des sinapismes à la surface de la peau offrant une grande analogie avec ceux de la brûlure, M. Payan, qui, d'après la pratique de Delpech (de Montpellier), avait déjà tiré un bon parti du liniment oléo-calcaire dans le traitement des brûlures, a eu l'idée d'appliquer ce mode de traitement à la cure des accidents en question. A cet effet, il étend avec les barbes d'une plume, sur les surfaces malades, le liniment dont il s'agit, composé de trois parties d'eau de chaux et d'une partie d'amandes douces ; et il place par-dessus une couche assez épaisse de coton cardé fin, qu'il fixe par quelques tours de bande peu serrés.

A la faveur de ce pansement, on voit cesser presque immédiatement les douleurs et les cuissons, que n'avaient pu calmer toutes les applications émollientes et sédatives.

---

15. *De l'emploi de l'électricité galvanique dans le traitement de certaines paralysies des membres inférieurs*; par le docteur Constantin James.

(Gazette médicale de Paris, N° 12; 1848.)

L'électricité galvanique peut être fort utile dans un grand nombre de maladies nerveuses ; mais il est des cas où elle offre des inconvénients et même des dangers : de là l'importance d'un diagnostic extrêmement sévère. Une fois le diagnostic posé, il faut savoir faire choix d'un appareil, graduer les doses du fluide,

rapprocher, éloigner les applications, souvent même les suspendre momentanément, selon la nature de l'affection et la susceptibilité du sujet. Il faut, en un mot, suivre, en les dirigeant, toutes les phases d'une maladie le plus souvent capricieuse et rebelle.

Ce sont là des détails de pratique qu'on ne peut formuler en préceptes généraux. Pour bien les connaître, il convient de les avoir étudiés au lit même des malades.

J'ai déjà consacré plusieurs mémoires à l'examen de ces questions tout à la fois physiques et médicales. Prenant pour objet spécial de mes recherches les névralgies et les paralysies de la face, je me suis surtout attaché à ne procéder que par des faits. Rappellerai-je à ce sujet le malade que j'ai présenté à l'Académie de médecine (1), complétement guéri d'une paralysie de la sensibilité de la face, avec perte de la vue, du goût, de l'ouïe et de l'odorat? Cette paralysie, qui était depuis plusieurs années réputée incurable, céda en quelques semaines au traitement par l'électricité.

Un autre cas de guérison non moins intéressant est celui de cette jeune fille que j'ai soignée, avec M. Magendie, pour une paralysie double du mouvement de la face, et dont les traits avaient présenté l'effrayante immobilité du cadavre.

Dans les divers mémoires où j'ai consigné ces observations, j'ai eu spécialement pour but d'éclairer par de nouveaux faits la physiologie pathologique de la cinquième et de la septième paire. Peut-être aussi mes travaux sur l'électricité galvanique ont-ils contribué à rendre plus méthodique et plus général l'emploi de cette médication.

Je traiterai aujourd'hui de la paralysie des membres inférieurs, dépendant d'une maladie de la moelle épinière.

C'est une affection bien fréquente, qui réduit les malades à la plus triste condition, et contre laquelle les moyens les plus puissants échouent journellement; toutefois, j'ai vu M. Magendie obtenir des cures extrêmement remarquables à l'aide du galvanisme. J'ai eu souvent aussi à m'applaudir de son emploi, même dans des cas désespérés. Parmi les nombreuses observations que j'ai pu recueillir, je choisirai le fait suivant, qui me semble présenter un véritable intérêt pratique, et qui d'ailleurs me permettra de donner quelques indications générales sur le traitement de la paralysie par l'électricité.

Obs. — Mademoiselle Virginie T..., âgée de 17 ans, tomba de sa hauteur sur la partie antérieure du tronc, en courant dans

(1) Séance du 20 octobre 1840.

un corridor, le 6 mai 1839 ; elle ressentit à l'instant même une vive douleur dans les genoux. Cependant elle se releva, et put continuer de marcher assez librement le reste de la journée : mais, le lendemain, les genoux étaient tellement sensibles qu'il lui fallut garder le lit. Il n'existait ni gonflement dans l'articulation, ni contusion, ni rougeur des téguments. La douleur avait plutôt le caractère névralgique.

Des sangsues, puis des vésicatoires, furent appliqués autour des genoux sans amélioration. La malade se plaignait d'élancements aigus, qui tantôt s'irradiaient vers les extrémités inférieures, et tantôt semblaient remonter jusque vers la moelle épinière, en suivant le trajet des principaux cordons nerveux.

Au bout de deux mois de traitement, la maladie avait changé de caractère sans changer de gravité. Ainsi la douleur des genoux consistait surtout dans un sentiment de gêne, de pesanteur, d'anéantissement qui rendait la station impossible, et s'exaspérait dès l'instant où mademoiselle Virginie essayait, à l'aide de béquilles, de faire quelques pas.

On insista de nouveau sur le repos, les fomentations émollientes et résolutives, les rubéfiants de la peau, les révulsifs vers l'intestin. Tout échoua. La compression méthodique et continue des genoux fut également sans succès. C'est alors que la malade, après quinze mois d'une médication impuissante, se décida à venir à Paris.

Une consultation eut lieu : les opinions furent partagées. Les uns, frappés surtout de la souffrance locale, ne virent là qu'une affection articulaire, probablement de nature rhumatismale, et ils conseillèrent les eaux de Néris ; les autres, au lieu d'attribuer la faiblesse extrême des membres à l'état seul des genoux, ceux-ci n'étant ni gonflés ni rouges, et la pression n'exaspérant pas les douleurs, pensèrent que le siége de la maladie était dans la moelle épinière, et que c'était contre cet organe que devait être dirigé le traitement. Mais la première opinion prévalut, et mademoiselle Virginie partit pour Néris, où elle resta six semaines.

L'effet des eaux fut des plus fâcheux : il survint une sorte de surexcitation générale, et la paraplégie fut bientôt complète. A son retour à Paris, la malade ne pouvait se servir de ses jambes, même avec l'aide de béquilles, et il fallut, en descendant de voiture, la porter dans son lit.

M. Lisfranc fut appelé ; il fit appliquer à diverses reprises sur la colonne vertébrale des sangsues, des cautères et des moxas. Il prescrivit également la strychnine à l'intérieur. Sous l'influence de ces moyens, il survint un peu d'amélioration, et quelques

mouvements reparurent dans les membres inferieurs ; mais le mieux s'arrêta, et pendant plusieurs mois encore, le mal resta stationnaire. C'est alors que M. Lisfranc me fit mander en consultation.

Voici quel était l'état de mademoiselle Virginie lorsque je la vis pour la première fois.

Elle n'éprouvait plus que par intervalle, et dans les changements de temps, de la douleur dans les genoux, qui du reste avaient l'aspect parfaitement normal. Les mouvements des membres inférieurs étaient très-faibles, très-obscurs. Elle n'aurait pu, étant couchée, soulever le pied, la jambe tendue. Tout ce qu'elle pouvait faire, c'était de ramener avec beaucoup d'effort le talon vers la cuisse, sans qu'il quittât le drap, puis de l'allonger de nouveau. Soulevait-on le membre, il retombait lourdement, entraîné par son poids dès l'instant où on cessait de le maintenir, Si on essayait de mettre la malade debout, elle ne pouvait prendre de point d'appui sur le sol ; ses jambes vacillaient et se dérobaient sous elle. Quant à la sensibilité, bien que devenue très-obtuse, elle était moins compromise que le mouvement. Je ne notai aucune différence dans le degré de paralysie de l'un et l'autre membre. Ils étaient notablement amaigris, sans pourtant qu'il y eût encore de signes d'atrophie musculaire. Du côté de la vessie, du rectum et des autres appareils, aucun trouble, aucune souffrance.

Il importait surtout d'examiner avec le plus grand soin l'état de la moelle épinière. Je soumis chaque vertèbre à une exploration spéciale et minutieuse ; mais il me fut impossible de constater la plus légère déviation ni la moindre sensibilité anormale.

Et cependant une maladie de la moelle épinière me paraissait pouvoir seule rendre compte de cette double paralysie des membres inférieurs. Avions-nous affaire là à une de ces affections simplement nerveuses qui s'attaquent à la fonction même de l'organe, sans produire de lésion appréciable dans son tissu ? Ce fut mon diagnostic ; aussi n'hésitai-je pas à conseiller l'emploi de l'électricité.

La première séance eut lieu le 12 juin 1842. Il y avait par conséquent plus de trois ans que la paralysie durait.

Je plaçai un des conducteurs de la machine de Clarke au niveau des premières vertèbres lombaires ; l'autre conducteur à la tête du péroné. Ce second conducteur fut successivement appliqué sur l'une et l'autre jambe. J'eus soin de n'employer qu'une très-faible dose de fluide. Sous son influence, il y eut quelques

contractions dans les muscles des cuisses, et dans les péroniers latéraux : à peine de la douleur.

Le lendemain, nouvelle application galvanique. Comme mademoiselle Virginie n'avait été nullement agitée, qu'elle n'éprouvait ni souffrance ni malaise, nous procédâmes avec moins de timidité que la veille. Tout se passa fort heureusement, et aucune complication ne vint, les jours suivants, interrompre ou modifier notre traitement.

Au bout d'une huitaine de séances (elles duraient chacune environ dix minutes), nous avions obtenu de notables améliorations. Ainsi l'action galvanique déterminait, dans les parties paralysées, des contractions de plus en plus fortes et une sensibilité plus vive. La malade pouvait, sans l'assistance de personne, soulever la jambe au-dessus de son lit, la maintenir étendue, et diriger ses mouvements en la laissant retomber à son gré. Elle commençait également à se tenir un peu debout, à l'aide de béquilles ; aussi se sentait-elle pleine d'espoir et de courage.

Le moment me parut opportun pour rendre le traitement plus actif. J'implantai une aiguille assez profondément à la partie postérieure et moyenne de la région lombaire, et je la mis en contact avec un des conducteurs. Quant à l'autre conducteur, je l'appliquai successivement à la cuisse, à la jambe, au pied, choisissant de préférence les endroits où les muscles se contractaient le moins bien. L'amélioration devint de plus en plus rapide. Chaque jour nous avions à constater un nouveau progrès du côté de la sensibilité et du mouvement.

Enfin, à la vingtième séance, mademoiselle Virginie put faire quelques pas, appuyée seulement sur une canne.

M. Lisfranc visitait très-régulièrement la malade, et constatait par lui-même l'heureuse influence du traitement. Je donnais une séance à peu près tous les jours. Il n'y avait d'interruption qu'aux époques menstruelles et quand il survenait un peu d'agacement nerveux ou d'insomnie. Un jour de repos suffisait le plus souvent pour rétablir le bien-être et le calme.

Comme l'aiguille implantée dans la région lombaire avait notablement accéléré les progrès, sans fatiguer la malade, je plaçai deux nouvelles aiguilles, une à chaque jambe, un peu au-dessous de la tête du péroné. Bien entendu que j'eus soin, comme pour la première aiguille, de diminuer la force de l'appareil, dans la crainte de stimuler trop vivement la contractilité musculaire.

Le mieux continua. Il serait fastidieux et sans aucune utilité pratique de rapporter les détails de chaque séance. Elles ne va-

riaient que par la position des aiguilles des membres, qu'il me fallait placer tantôt à la cuisse, et tantôt à la jambe ou au pied, suivant que je voulais agir plus spécialement sur quelque muscle retardataire. Je dirai donc d'une manière générale que, sous l'influence de l'électricité galvanique, la paralysie de mademoiselle Virginie disparut complétement, et que nous dûmes cesser le traitement dans le mois d'octobre de la même année où nous l'avions commencé.

Au printemps suivant, mademoiselle Virginie, de retour dans sa famille, prit encore, d'après mes conseils, quelques séances d'électricité galvanique. Elle s'en trouva fort bien, et bientôt elle eut assez de force et d'agilité pour se livrer à toutes les distractions et tous les exercices de son âge.

Voilà plus de cinq ans aujourd'hui (1848) que la malade a cessé tout traitement. Elle s'est mariée il y a peu de temps, et comme, dans aucune circonstance, elle ne s'est ressentie de son ancienne paraplégie, je n'hésite pas à regarder la guérison comme complète et définitive.

Remarques. — Si, dans le principe, on a pu se méprendre sur la nature de la maladie dont mademoiselle Virginie était atteinte, les effets du traitement prouvent jusqu'à l'évidence que c'était une affection de la moelle épinière. Quant à son mode de développement, il semblerait que c'est consécutivement que la moelle s'est entreprise, et que tout d'abord le mal a été limité aux genoux. Remarquez que ceux-ci sont restés longtemps douloureux avant qu'il survînt aucun symptôme paralytique. Par quel mécanisme s'est opérée cette extension de la maladie jusqu'à la moelle ? Nous ne dirons pas qu'il y a eu sympathie ; car le mot sympathie, par cela seul qu'il s'applique à tout, n'explique rien. Je crois bien plutôt qu'il s'est opéré là quelque chose d'analogue à ces phénomènes de sensibilité récurrente que M. Magendie a, le premier, signalés et décrits. En effet, la douleur des genoux n'a jamais été franchement inflammatoire : elle avait le caractère de la névralgie. Or, puisque la sensibilité normale se propage quelquefois de la périphérie au système nerveux central, ne pourrait-il pas en être de même de la sensibilité exaltée ?

Le fait physiologique, auquel je viens de faire allusion, est trop connu encore pour que je n'aie pas besoin d'entrer ici dans quelques développements.

Tout le monde sait aujourd'hui que, des deux racines qui composent chaque nerf rachidien, l'antérieure est destinée au mouvement, la postérieure à la sensibilité. Mais ce qu'il n'est

pas permis non plus d'ignorer, c'est l'influence que la racine postérieure exerce sur l'antérieure. Voici à cet égard les résultats auxquels M. Magendie est arrivé.

Quand on a ouvert le rachis avec les précautions convenables et mis à nu une paire de nerfs, si on pince la racine antérieure, on trouve qu'elle est sensible, moins cependant que la postérieure. Coupez cette racine antérieure par le milieu, le bout qui tient à la moelle devient tout à fait insensible, tandis que le bout périphérique n'a rien perdu de la sensibilité.

Ainsi, premier fait ; la racine antérieure ne puise pas directement sa sensibilité dans la moelle épinière.

Pour démontrer quelle est la source de cette sensibilité, M. Magendie divise sur la même paire la racine postérieure. A l'instant le bout périphérique de la racine antérieure, que nous avions dit être resté sensible, devient entièrement insensible.

C'est donc de la racine postérieure qu'émane la sensibilité de la racine antérieure.

M. Magendie arrive aux mêmes déductions par l'expérience suivante. Au lieu d'inciser la racine antérieure, il la laisse intacte; seulement il coupe la racine postérieure. Aussitôt l'antérieure perd toute sensibilité.

Ainsi la racine postérieure reçoit de la moelle épinière une double sensibilité, l'une qui lui reste en propre et constitue sa sensibilité spéciale, l'autre, au contraire, qui reflue dans la racine antérieure. C'est cette sensibilité en retour, la seule dont jouisse la racine antérieure, que M. Magendie désigne par l'épithète de *sensibilité récurrente*. En effet, pour parler le langage de la physique, si vous représentez la sensibilité de ces racines par deux courants, il est évident que la racine postérieure procède de la moelle à la périphérie, et celui de la racine antérieure de la périphérie à la moelle.

Ces expériences sont si positives, et elles offrent des résultats tellement tranchés, que j'ai entendu M. de Humbold dire à M. Magendie qui les répétait devant lui : « C'est clair comme les mathématiques. »

Comment expliquer ce reflux de la sensibilité ? M. Magendie avait présumé d'abord que, dans le point où les deux racines se réunissent pour former le nerf, quelque filet de la racine postérieure se détachait de cette racine et rétrogradait dans l'antérieure. Mais l'examen au microscope ne lui a rien fait voir de semblable ; de plus, il s'est assuré qu'en coupant le tronc du nerf plusieurs centimètres au delà de la jonction des deux racines, celles-ci étant intactes, la racine antérieure perdait sa sensibi-

lité. Il faut donc que le phénomène de récurrence se passe plus loin. Mais à quel endroit et par quel mécanisme? Attendons pour répondre que l'expérience ait prononcé.

J'ai dû rappeler quelques-uns des faits relatifs à ce singulier phénomène, car, bien que sa découverte remonte à 1839 (1), c'est seulement dans ces derniers temps que, grâce aux nouvelles expériences de M. Magendie, habilement répétées par M. Bernard, il a cessé d'être l'objet d'aucune contestation.

Peut-on dès aujourd'hui en faire quelque application à la pathologie du système nerveux? Voici comment je crois pouvoir expliquer la maladie de mademoiselle Virginie.

Il y a eu, par le fait de la chute sur les genoux, contusion des filaments nerveux qui enveloppent l'articulation. Bientôt l'irritation s'est propagée de ceux-ci au tronc des nerfs eux-mêmes, s'irradiant dans leurs divisions terminales, et de plus, ainsi que l'indiquait la douleur, remontant par les rameaux d'origine jusqu'à la moelle épinière. Cette période de la maladie a été caractérisée par des élancements aigus dans la profondeur des membres, du bassin et des lombes; mais bientôt, et c'est ce qu'on observe souvent dans les névralgies, à une exaltation vive de la sensibilité succéda un état tout opposé. La douleur diminua graduellement, et, en même temps, apparurent des phénomènes de prostration musculaire qui aboutirent peu à peu à une paralysie complète.

Telle a été, si je ne m'abuse, la gradation, tel a été l'enchaînement des symptômes offerts par mademoiselle Virginie. La paralysie qui a frappé les nerfs supérieurs à la contusion serait donc une sorte de paralysie récurrente.

Et qu'on ne croie pas que le fait signalé par M. Magendie soit un phénomène simplement isolé. L'illustre physiologiste a constaté la sensibilité récurrente dans d'autres nerfs encore que ceux du rachis, spécialement dans la septième paire.

Quand ces études expérimentales auront reçu les développements et les applications dont elles sont susceptibles, elles devront donner la clef de beaucoup de problèmes encore entourés de mystères. Ainsi, par exemple, n'est-ce pas à la sensibilité récurrente qu'il faut rapporter la réapparition de la sensibilité dans un nerf dont on a divisé le tronc, ou même qu'on a excisé dans une partie de sa longueur? Je n'aperçois point d'autre voie pour le retour de la sensibilité, puisque toute relation directe

(1) Voir les *Leçons sur les fonctions et les maladies du système nerveux*, professées au collége de France par M. Magendie, rédigées par M. Constantin James.

entre le nerf et le système nerveux central a été complétement interceptée.

Quoiqu'il en soit de la valeur de ces aperçus, il n'est pas douteux que la maladie de mademoiselle Virginie n'ait été exempte de toute lésion organique, sans quoi l'électricité eût aggravé la paralysie au lieu de la guérir.

Considérations générales.—La paralysie des membres inférieurs peut s'attaquer isolément au mouvement ou à la sensibilité. Presque toujours elle affecte l'un et l'autre à la fois, mais à des degrés différents ; ainsi le mouvement est d'ordinaire plus compromis que la sensibilité. Sous ce rapport, les paralysies faciales sont plus indépendantes les unes des autres. Cela doit être, puisque, pour la face, deux nerfs spéciaux, la cinquième et la septième paire, président à la sensibilité et au mouvement, tandis que, pour les membres inférieurs, ces deux nerfs sont représentés par deux racines qui se confondent bientôt en un seul et unique nerf.

Je n'ai point à énumérer ici les phénomènes qui caractérisent la paraplégie ; je veux seulement indiquer les principales circonstances qui se rattachent à son traitement par l'électricité galvanique.

Il faut, avant tout, bien s'assurer que la paralysie ne dépend pas d'une maladie organique de la moelle ou de ses enveloppes. S'il y a déformation de l'épine, saillie ou dépression anormale de quelque vertèbre, douleur sourde, abcès, trajet fistuleux communiquant avec le rachis, en un mot, s'il existe quelque indice d'une lésion matérielle, on ne doit point tenter l'emploi de l'électricité galvanique. On s'en abstiendra également tant qu'il existera de la fièvre et autres symptômes inflammatoires. Il convient, au contraire, d'y recourir avec confiance et sécurité dans des paraplégies, dites essentielles, qui dépendent d'une perturbation des fonctions de la moelle épinière, sans altération appréciable de son tissu. C'est pour avoir négligé ce diagnostic et employé indistinctement l'électricité dans tous les cas, qu'on a eu à regretter de si fréquents mécomptes. On s'en est pris alors au moyen lui même, tandis qu'il n'eût fallu accuser que son usage intempestif.

Dans les cas douteux, je n'hésite pas à essayer le galvanisme, mais à dose trop faible pour pouvoir nuire, bien que suffisante pour indiquer s'il faut continuer ou suspendre; ainsi, par exemple, je fus appelé, dans les premiers jours de novembre 1846, près d'un de mes confrères, le docteur A., qui, depuis plus de deux mois, présentait tous les signes d'une maladie de la moelle

épinière. Y avait-il là une affection organique ? Il était permis de le craindre en face des phénomènes suivants.

La paralysie des membres inférieurs était complète. Plus de traces de sensibilité. La vessie et le rectum avaient perdu leurs facultés contractiles, au point qu'il existait une incontinence absolue des urines et des matières fécales. Les membres supérieurs avaient également été atteints. Ainsi le malade était devenu extrêmement maladroit, ne pouvant écrire ni même tenir un objet entre ses doigts, et se plaignant sans cesse que sa sensibilité tactile était émoussée. Les mouvements du thorax étaient pénibles, inégaux, entrecoupés de grandes inspirations. Parler difficile ; sentiment de constriction dans l'arrière-gorge, avec gêne pour avaler, surtout les aliments liquides. Enfin il existait un strabisme notable, rappelant assez celui qu'on détermine à volonté dans les expériences, en blessant, chez les animaux, certaines parties du cervelet ou de la protubérance.

Tous ces accidents s'étaient déclarés progressivement et sans cause connue, affectant d'abord les extrémités inférieures, puis s'étendant aux régions plus élevées, comme si de proche en proche le mal envahissait la moelle dans toute sa longueur. Ajoutons à cela que le père du malade avait succombé à une affection organique de la moelle épinière.

Quatre cautères furent appliqués le long du rachis, mais, sous leur influence, la paralysie ne fit que s'aggraver. L'état du malade devint alors d'autant plus affreux, qu'on ne savait plus quelle attitude lui donner dans le lit, à cause de la gêne et de la souffrance des plaies du dos.

L'insuccès des cautères, l'absence de douleurs du côté de la moelle avant et pendant la maladie, l'état apyrétique, d'autres circonstances encore me firent espérer qu'il n'y avait là qu'une simple affection nerveuse, sans lésion organique. J'appliquai l'électricité. Dès la troisième séance, il y avait de l'amélioration. Les progrès continuèrent, et au bout de quelques mois de traitement, le malade entrait en convalescence.

Une paraplégie étant donnée, j'admets que la moelle est intacte dans son tissu et ses enveloppes, et par conséquent qu'il n'existe aucune contre-indication. Comment devra-t-on procéder ? J'ai déjà en grande partie indiqué la marche à suivre en rapportant l'observation de mademoiselle Virginie ; aussi n'ajouterai-je que quelques mots.

L'appareil dont M. Magendie et moi nous nous servons habituellement est l'appareil électro-magnétique de Clarke. Son action est très-douce, et peut facilement être graduée ; il offre,

indépendamment de son extrême commodité, un grand avantage sur la pile à auges de Volta : c'est de pouvoir agir sans l'emploi d'aiguilles, ou sans que la peau ait été préalablement dépouillée de son épiderme.

Un des conducteurs, celui qui communique avec le pôle zinc, sera placé au niveau des dernières vertèbres lombaires, de manière à agir sur la moelle elle-même. L'autre conducteur, ou pôle cuivre, devra correspondre à la tête du péroné. L'observation a prouvé que c'est le lieu le plus favorable. D'ailleurs, c'est là que le sciatique poplité externe est le plus superficiel, et par conséquent qu'il est le plus accessible au fluide.

Il faut prendre garde d'intervertir brusquement l'ordre des pôles. Si vous appliquez le pôle cuivre à l'aiguille supérieure, le pôle zinc à l'aiguille inférieure, ce changement dans la direction des courants pourra produire une commotion trop forte, sans profit aucun pour le malade.

Je n'ai recours d'habitude aux aiguilles qu'au bout de quelques séances, alors que j'ai la preuve que l'électricité est bien supportée. On conçoit que les aiguilles rendent le traitement bien plus efficace, puisqu'elles portent directement le fluide dans la profondeur des muscles, au lieu de le distribuer seulement à la surface du derme. Quant à leur choix, à leur mode d'implantation et aux modifications que j'ai fait subir à l'appareil de Clarke, je ne puis que renvoyer à mes précédents mémoires, où ces sujets ont été l'objet d'assez longs développements. On pourra également consulter avec fruit la remarquable thèse de M. de Puisaye, qui a pour titre : *De l'électricité considérée comme moyen thérapeutique.*

L'action immédiate du galvanisme sur les membres paralysés n'est pas toujours la même. Elle ne détermine le plus souvent, dans les premières séances, que de faibles contractions : quelquefois même celles-ci sont à peine perceptibles. J'ai vu, au contraire, des cas où d'emblée les muscles se contractaient avec une grande énergie, bien que les mouvements volontaires fussent à peu près nuls.

Certains muscles paraissent être plus réfractaires que les autres à l'action du galvanisme. Dans ce cas, il faut les attaquer directement en implantant une aiguille dans leur principal faisceau. J'emploie ainsi quelquefois jusqu'à cinq à six aiguilles dans la même séance.

On doit éviter de placer les aiguilles dans des parties tendineuses ou aponévrotiques. Les douleurs seraient beaucoup plus vives, et il y aurait à peine des contractions.

Il est rarement utile d'administrer l'électricité sous forme de courant continu. Mieux vaut agir d'une manière intermittente, en touchant l'aiguille à de petits intervalles, et en variant les doses du fluide, que l'on augmentera progressivement, tout en évitant de donner de violentes secousses. Il faut savoir, sous ce rapport, résister à certains malades, qui, dans leur impatience de guérir, réclament un traitement plus énergique. Si vous saturez spontanément le nerf d'une trop grande quantité de fluide, vous pouvez déterminer des phénomènes d'engourdissement et d'insensibilité, et par suite aggraver la paralysie. Qui ne sait que la décharge d'une forte bouteille de Leyde laisse après elle un sentiment pénible qui met souvent plusieurs jours à se dissiper ?

Ce n'est ordinairement que quelques heures après la séance, ou même le lendemain, que le mieux se fait sentir. Souvent les malades éprouvent, dans l'intervalle d'une séance à l'autre, des fourmillements, des soubresauts, de petits élancements sur le trajet des nerfs paralysés, comme s'il s'opérait là une sorte de travail intersticiel, dépendant de l'action du galvanisme. Tant que ces sensations ne dépassent pas certaines limites, elle peuvent être regardées comme un heureux présage.

Quand, au bout d'un certain temps de traitement, l'amélioration paraît s'arrêter et le mal rester stationnaire, il faut suspendre les séances, et ne les reprendre qu'au bout d'une ou deux semaines. Dans cet intervalle, les progrès obtenus se consolident, ou même de nouveaux se manifestent. Presque toujours aussi la reprise des séances est accompagnée d'un mieux notable, comme si l'action du galvanisme sur le système nerveux s'émoussait par le fait de l'habitude et avait besoin de se retremper par le repos.

Pendant la durée du traitement, les malades suivront un régime fortifiant : des boissons amères, des viandes rôties, du vieux vin de Bordeaux coupé avec de l'eau, et quelquefois pur. On fera plusieurs fois par jour exécuter des mouvements aux membres paralysés. On les frictionnera rudement, ainsi que la colonne vertébrale, avec une brosse sèche ou imbibée d'un liniment ammoniacal. Le massage sera encore fort utile pour combattre ou prévenir l'atrophie des muscles, celle-ci étant souvent le résultat de l'immobilité prolongée de leurs fibres. Je n'ai pas l'habitude d'employer, concurremment avec le galvanisme, des médicaments ou des agents thérapeutiques quelconques. Seulement, pour compléter le traitement, surtout quand il reste encore un peu de faiblesse ou d'incertitude dans les membres, je fais prendre aux malades des bains sulfureux, ou mieux, je les

envoie à une eau minérale. Parmi toutes les sources qui j'ai visitées, c'est à Bagnères-de-Luchon que je donne la préférence. J'ai vu aussi des cas où les bains de mer étaient extrêmement utiles; mais il faut pour cela que la réaction se fasse bien, en d'autres termes, que la chaleur revienne promptement à la peau.

Les paraplégiques sont en général très-impressionnables au froid. C'est une des raisons pour lesquelles il vaut mieux entreprendre le traitement en été qu'en hiver.

Il n'est pas un malade qui ne demande tout d'abord au médecin combien sa paraplégie mettra de temps à guérir. Malheureusement on ne saurait rien établir de positif à cet égard. Les paraplégies du mouvement m'ont paru guérir plus vite que celles du sentiment. Mais, quelque efficace que soit le traitement, les progrès sont loin d'être aussi rapides que pour les paralysies de la face.

J'ai vu des paralysies de la face guérir en huit ou dix jours. Dernièrement encore, cinq séances m'ont suffi chez un ancien militaire dont les traits étaient complétement déviés. Or je me hâte d'ajouter qu'il est très-rare que le galvanisme triomphe d'une paraplégie avant plusieurs semaines. Souvent même il faut des mois pour que la cure soit achevée.

Peut-on expliquer d'une manière précise le mode d'action de l'électricité galvanique sur les nerfs paralysés? Je ne le pense pas. L'analogie qu'on a voulu établir entre le prétendu fluide nerveux et le fluide électrique n'a fait que compliquer la question au lieu de la résoudre. D'ailleurs les nerfs ne se comportent pas du tout comme de simples conducteurs. Coupez la racine postérieure d'une paire rachidienne, c'est en vain que vous ferez passer un courant galvanique à travers le bout périphérique de cette même racine, ou à travers la racine antérieure; la perte définitive de la sensibilité directe ou récurrente empêche toute action du galvanisme. Au contraire, celle-ci sera très-marquée si vous faites passer le courant à travers le bout adhérent, c'est-à-dire sensible, de la racine postérieure. Un nerf agit donc autrement qu'un conducteur, puisqu'il suffit, pour l'empêcher de transmettre l'influence électrique, de changer ses rapports avec le système nerveux central.

M. Magendie, à qui l'on doit cette expérience, en conclut « que « ce n'est pas en raison de leurs propriétés physiques que les « nerfs réagissent sur le cœur (1), quand ils sont traversés par

(1) Comme toute sensation vive réagit sur le cœur et modifie son jeu, M. Magendie, dans le but de se rendre compte des impressions de l'animal, adapte à l'artère carotide un petit instrument qu'il appelle cardiodynamomètre, ou, par

« un courant électrique, mais bien par leurs propriétés physio-
« logiques. Nouvelle preuve que l'électricité et l'action nerveuse
« sont deux phénomènes qu'il ne faut ni confondre ni même
« rapprocher. »

M. Magendie a établi par d'autres expériences encore que la réaction cardiaque, sous l'excitant électrique, est plus forte dans les racines postérieures que dans les antérieures, et que son intensité, dans ces deux sortes de nerfs, est en raison du degré de sensibilité de chaque nerf.

Ce sont là sans doute des résultats fort curieux, mais il reste encore à connaître ce qui se passe dans un nerf qui, sous l'influence du courant électrique, recouvre ses propriétés motrices et sensitives. Peut-être cette question est-elle autant du domaine de la physique que de la physiologie.

Comme je me suis surtout proposé de donner à ce travail un caractère essentiellement pratique, je me résume en disant que l'électricité galvanique, appliquée à propos, est un moyen puissant, peu douloureux, sans danger aucun, qui, dans la plupart des cas, peut remplacer avec avantage les autres traitements, et qui même a réussi souvent alors que ceux-ci avaient échoué.

---

16. *Du quinquina contre la goutte et le rhumatisme*; par M. Audouard, médecin principal d'armée retraité. (Mémoire lu à la société de médecine de Paris).

(Revue médicale, janvier 1848.)

La goutte et le rhumatisme, maladies qui sont placées à peu près sur la même ligne sous le point de vue nosologique, ont exercé dans tous les temps la sagacité des médecins. Ils ont donné lieu à des médications variées et souvent fort opposées entre elles. Aussi les remèdes qui, à certaines époques, avaient paru mériter la plus grande confiance, tombaient-ils bientôt en défaveur ; à un spécifique succédait un autre spécifique, sans que l'humanité en fût plus heureuse, ou moins en butte à ces maladies.

Parmi ces spécifiques fut rangé jadis le quinquina, qui, négligé et oublié, reparaît aujourd'hui sur la scène médicale pour justifier cette sentence d'Horace :

Multa renascentur quæ jàm cecidere, cadentque
Quæ nunc sunt in honore. . . . . .

A l'époque de son importation en Europe, qui ne remonte que

abréviation, cardiomètre. A peine l'instrument est mis en rapport avec l'artère, qu'on voit, à chaque contraction du ventricule, le mercure osciller dans le tube manométrique. De cette manière, l'impulsion du cœur, suivant qu'elle est faible ou intense, donne la mesure des sensations.

vers le milieu du XVIIe siècle, il dut être employé contre beaucoup de maladies, moins rationnellement qu'à titre d'essai, et la goutte et le rhumatisme participèrent sans doute à ces essais. Mais l'usage n'en fut pas continué, probablement parce que ces maladies, que l'on considérait comme dépendantes d'une dégénérescence humorale, ne parurent pas devoir céder à un médicament qui ne provoquait ni évacuations, ni crises. L'humorisme régnait alors. Cependant Sydenham avait conçu de grandes espérances de ce moyen contre la goutte. « Entre les remèdes simples, dit-il, le « quinquina tient le premier rang, car il exalte le sang et lui « donne de la vigueur, si l'on en prend quelques grains matin « et soir. » Mais il y a loin de ce mode d'administration à celui que je ferai connaître plus tard. On trouve dans les *Ephémérides de la nature*, année 1714, l'opinion du docteur Held, qui tient le quinquina pour divin contre la goutte; et Small a publié, en 1777, les avantages qu'il en avait retirés sur lui-même, à l'imitation d'un pharmacien de Londres, qui s'en gorgeait l'estomac aux premières atteintes de goutte. Cependant ces premières données restèrent sans résultats. On continua à suivre les anciennes idées, et il en fut du quinquina contre la goutte comme de tant d'autres remèdes nouveaux, qui, accueillis avec indifférence par le plus grand nombre des médecins, deviennent le partage des empiriques, qui s'en servent sans discernement et sur la foi de la tradition, jusqu'à ce qu'une circonstance heureuse replace le médicament oublié sous les yeux d'un médecin judicieux, nullement asservi aux idées anciennes.

Tel avait été le quinquina, considéré comme anti-goutteux. Il était devenu l'arcane qu'un figaro portugais employait contre la goutte; et voici dans quelle circonstance il sortit de la boutique du barbier, pour reprendre le rang que Sydenham lui avait assigné.

En 1795, un moine du couvent de Citeaux, en Portugal, souffrant de la goutte, fit appeler le docteur Lemnos, professeur à l'Université de Coimbre. Ses souffrances étaient si fortes, qu'il priait le professeur de lui amputer les pieds, ce que ce dernier fut loin d'approuver, se bornant à exhorter le malade à prendre patience et à faire diète. Sur ces entrefaites, survint un chirurgien à peine digne du nom de barbier, selon le dire de l'auteur où je trouve cette observation : il promit prompte guérison. Le docteur Lemnos se prit à rire; mais le chirurgien insista, et on le laissa faire. Il donna d'abord un purgatif drastique, à la suite duquel, dans la même journée, il fit prendre un gros de quinquina d'heure en heure jusqu'à l'emploi de deux onces. Le lendemain, le docteur Lemnos, s'étant rendu auprès du malade qu'il croyait

trouver plus souffrant que la veille, fut tout étonné de le voir debout, marchant appuyé seulement sur un bâton. La guérison fut telle, que deux jours après le moine sortit de sa maison. Le docteur Lemnos employa ce traitement sur d'autres goutteux et obtint le même succès. Il en fit part au médecin de la reine de Portugal, le docteur Tavarès, sujet à la goutte, qui, confiant dans la pratique du docteur Lemnos, se traita par le quinquina, traita de même plusieurs de ses malades, et obtint des guérisons très-promptes. Un petit travail, contenant neuf observations, fut publié par le docteur Tavarès, en 1802, et traduit par le professeur Alphonse Leroy, en 1805, dans son *Manuel des goutteux et des rhumatisants.*

Dans ce manuel, l'auteur a payé son tribut pour mettre le quinquina en crédit contre la goutte. Six observations y sont rapportées en faveur de ce traitement. Elles ont été faites sur des individus placés, presque tous, dans des positions sociales très-élevées : on y remarque surtout celle qui fut propre à M. François de Neufchâteau, président du Sénat.

Jusqu'à présent je n'ai parlé que de la goutte ; et quoique, fort de l'opinion de Baillou, de Barthez et d'un grand nombre de praticiens, je l'aie assimilée tout d'abord au rhumatisme sans crainte d'être contredit, il convient, je pense, de dire quelque chose de cette dernière maladie, qui est, dans ce moment, l'objet de l'attention des médecins ; mais je dirai sommairement que Saunders a combattu le rhumatisme par de hautes doses de quinquina, que Fordyce et Haygarth tiennent ce médicament pour spécifique dans de semblables cas, et que Barthez dit que, si dans les temps avancés du rhumatisme aigu les forces sont languissantes et les urines sédimenteuses, il faut avoir recours au quinquina. Il s'étaye de l'autorité de Thompson, et combat Cullen, qui n'a admis l'écorce du Pérou contre la goutte et le rhumatisme qu'à titre de tonique de l'estomac et à petites doses, comme l'avait fait Sydenham. Je ferai remarquer, en passant, que tous ces auteurs ont écrit avant le docteur Tavarès : aussi ai-je eu raison de dire que le quinquina avait été employé par d'habiles médecins avant de devenir l'arcane du barbier de Citeaux. Les observations que ma pratique m'a fournies, et dont je vais donner connaissance, confirment pleinement les assertions qui précèdent. Je les considère comme autant de cas de goutte rhumatismale, assemblage morbide qui se présente si souvent à l'observation des médecins ; ces observations sont extraites d'un mémoire qui parut, en 1808, dans les *Annales de la Société de médecine pratique* de Montpellier.

Obs. I. — Le nommé Cam, du département des Bouches-du-Rhône, d'une constitution forte, d'un tempérament pituitoso-sanguin, soldat au 106e régiment de ligne, entra à l'hôpital militaire de Venise dès les premiers jours d'octobre 1806. Il était au troisième jour de sa maladie. Je le trouvai dans l'état suivant : impossibilité de mouvoir à volonté les extrémités inférieures ; douleur, gonflement, rougeur, chaleur et sensibilité vive aux genoux, aux malléoles et aux orteils. Il ne pouvait qu'avec peine supporter le drap du lit sur ces parties, moins encore être remué, ou qu'on donnât aux membres malades une nouvelle position. Il sentait naître de la douleur au coude et dans le poignet droits ; il y avait même de la raideur dans les doigts ; la figure était décomposée ; tous les traits exprimaient les plus vives souffrances.

Le malade, interrogé sur les maladies antécédentes, n'en indiqua aucune qui eût rapport avec celle qu'il éprouvait. Je ne pus tirer aucune induction de celles de ses parents, et j'appris que l'invasion de celle-ci avait été caractérisée par une sorte d'accès de fièvre dont la période de froid, qui dura deux heures, fut accompagnée de douleurs déchirantes au pied droit. A la rémission, l'extrémité resta impotente ; le gonflement et la rougeur s'y montrèrent bientôt aux articulations ; il y eut engourdissement général et pesanteur dans tous les membres. Le lendemain, le pied gauche et le genou furent pris des mêmes douleurs que le droit ; le jour suivant, il en survint autant à l'extrémité supérieure droite.

Cette affection était sous le type rémittent quotidien, puisque chaque jour était marqué par l'extension de la maladie, toujours dans le même ordre de temps et de système ; mais les paroxismes qui avaient suivi le premier n'avaient pas été aussi sensibles à cause de la continuité des douleurs, du trouble général et de la fièvre. Je n'avais pu méconnaître au premier abord l'affection goutteuse rhumatismale ; mais j'avais voulu m'assurer d'une manière plus positive de sa marche, les rapports que les militaires font sur les phénomènes antécédents de leurs maladies étant le plus souvent infidèles. Je prescrivis des boissons délayantes et quelques anodins; je laissai passer vingt-quatre heures, pendant lesquelles l'extrémité supérieure gauche, que j'avais vue libre encore, participa à l'affection. Il y avait de la raideur, même de la douleur à la colonne vertébrale.

Le patient, ainsi cloué des quatre membres, craignait jusqu'à l'approche des infirmiers ou de ses camarades vers son lit : s'ils faisaient quelques pas tout autour, ses douleurs en étaient augmentées, et l'idée seule qu'on allait toucher à sa couverture lui

faisait pousser les hauts cris. Je le vis le soir, son état n'était pas changé.

Le lendemain, à ma visite du matin (cinquième jour de la maladie), on me rapporta que ses cris de douleur avaient empêché les malades de la salle de dormir. Je résolus de mettre fin à tant de souffrances par les moyens les plus prompts. Ma pratique ne m'avait pas encore fourni l'occasion de vérifier la bonté du traitement proposé par le docteur Tavarès, ni de confirmer la vérité des observations dont son traducteur, le professeur Alphonse Leroi, a augmenté cet opuscule; mais le procédé, s'il était bon, me paraissait le plus propre à remplir mes vues de soulager promptement.

En conséquence, je prescrivis d'abord un apozème salin, c'est-à-dire une once de sulfate de magnésie dans une décoction d'espèces amères. J'avoue que ce ne fut que pour ne pas m'écarter du traitement conseillé; car je n'ai jamais pu me persuader l'utilité du purgatif dont quelquefois on n'a pas même attendu l'effet. S'il n'est pas nuisible, je le crois au moins inutile. Deux heures après son administration, je fis prendre deux gros de quinquina, deux heures après, autant, et ainsi de suite jusqu'à terminaison de deux onces qui étaient prescrites; quatre bouillons dans la journée. A cinq heures du soir, je trouvai le malade dans le même état, il avait pris une once de quinquina.

Vers minuit, époque de la dernière prise, l'effet du remède était déjà marqué par de moindres douleurs : elles se calmèrent graduellement et avec une telle rapidité, qu'à cinq heures du matin, étant à l'hôpital pour faire ma visite, je trouvai mon malade sur pieds, s'étant déjà promené plus d'un quart d'heure dans la salle. Je le fis coucher ; j'examinai ses articulations, le toucher n'y causait plus de douleur, elles n'étaient plus rouges, mais seulement gonflées. Je prescrivis quelques aliments, demi-once de quinquina et quelques cordiaux ; je répétai les mêmes prescriptions le lendemain encore, et cet homme sortit de l'hôpital peu de jours après, parfaitement guéri. J'eus occasion de le rencontrer plusieurs mois après, il m'assura n'avoir plus rien éprouvé. La promptitude de cette guérison frappa d'étonnement tous ceux qui avaient été témoins des souffrances atroces de ce militaire. On criait au miracle.

Obs. II. — M. le comte F..., Vénitien, avait eu plusieurs attaques de goutte régulière dans l'espace de peu d'années. Il était âgé de 55 ans et avait de l'embonpoint. Au mois de janvier 1807, il fut pris d'une nouvelle attaque qui se borna au pied droit : il y avait quatre jours qu'il en souffrait lorsqu'un de

ses amis m'engagea à le voir. Je lui parlai du traitement qui avait en sa faveur de nombreuses observations ; je lui rapportai celle que je viens de décrire, et il se décida à se faire traiter de même. Pour cette fois, je supprimai le purgatif, j'administrai le quinquina comme dans l'observation précédente et j'obtins le même résultat.

Obs. III. — Le nommé . . . . . , canonnier venant de la garnison de Lido, petite île à l'entrée du port de Venise, se plaignait depuis quelque temps de douleurs alternatives, mais non interrompues dans les articulations, et de difficulté de fermer ses mains. Ses douleurs devinrent plus fortes dans le mois de janvier 1807, et il entra à l'hôpital. Son état et les questions que je lui adressai me montrèrent un homme robuste qui n'avait eu que quelques maladies vénériennes peu graves. Les douleurs qu'il éprouvait alternaient d'une extrémité supérieure à l'autre sans caractère inflammatoire. Je fus témoin de cette alternative toutes les vingt-quatre heures pendant huit jours. Il y avait un peu de gonflement à la partie et de la rigidité. Pendant ces huit jours, cet homme fut tenu aux boissons sudorifiques et prit quelques bains ; mais, son état étant toujours le même, je me décidai à lui donner demi-once de quinquina , et il fut pendant une semaine sans rien éprouver. Au retour des douleurs, même dose de quinquina, même résultat. Ceci se répéta plusieurs fois, jusqu'à ce qu'enfin, convaincu de l'utilité du remède, j'entrepris d'expulser entièrement la maladie. A cet effet je donnai demi-once de quinquina tous les jours pendant une semaine , et cet homme a été exempt des douleurs pendant deux mois. Je n'ai pu suivre plus longtemps cette observation, ayant quitté l'hôpital militaire français de Venise , pour aller prendre le service de celui de Rome, au printemps de 1807.

Cette dernière observation, qui offre un cas de goutte rhumatismale chronique, atteste les bons effets du quinquina contre cette maladie , dont les accès , peu marqués , se répètent fréquemment, ce qui me parait avoir été pressenti par le professeur Alphonse Leroi, mais non point constaté par des faits pratiques.

Obs. IV. — A ces observations, qui datent de 1806 et 1807, je vais en joindre une autre d'une date plus récente. En 1841 , je fus consulté pour M. D. S. courtier de commerce à Paris, âgé d'environ 60 ans, d'une stature athlétique, et d'un tempérament sanguin. Il souffrait depuis deux mois de la goutte aux deux pieds : c'était là sa première attaque. Ne pouvant vaquer à ses affaires, il était fort contrarié de devoir garder l'appartement. Aussi, il se décida facilement pour une médication qui lui pro-

mettait une prompte guérison. A cet effet il prit, d'après mon avis, quarante grains de sulfate de quinine, en plusieurs doses dans la même journée, et se trouva très-soulagé. On vint me faire part de ce résultat, et je conseillai de moindres doses de sulfate de quinine à prendre pendant quatre jours de suite, pendant lesquels les douleurs se calmèrent par degrés, et M. D. S. put sortir et vaquer à ses affaires.

Si je cherche à savoir pourquoi le traitement de la goutte et du rhumatisme prôné par Alphonse Leroi, en 1803, a été négligé et est tombé dans l'oubli, j'en trouve la raison dans la cherté du quinquina pendant toute la durée de l'empire. Alors on était moins porté à prodiguer le fébrifuge contre diverses maladies, qu'à en restreindre l'usage même contre les fièvres intermittentes, qui le réclament si impérieusement. Tout le monde sait que l'une des pensées qui occupaient le plus les médecins, était celle de trouver des succédanés au quinquina; et voilà probablement pourquoi on a continué à traiter la goutte et le rhumatisme comme dans les temps antérieurs. Aujourd'hui que le quinquina et surtout le sulfate de quinine sont à des prix très-modérés, il est à propos que l'on reprenne les expériences déjà tentées contre la goutte et le rhumatisme, expériences auxquelles j'ai pris part, dans le temps. Aussi je ne puis qu'applaudir aux travaux de M. le docteur Briquet sur cette importante question.

Cependant je ne puis me dispenser de faire remarquer que toutes les guérisons, obtenues par moi et par les médecins qui m'avaient précédé dans cette pratique, sont dues à deux onces au plus de quinquina données dans la même journée, tandis qu'aujourd'hui on administre le sulfate de quinine à la dose de cinq ou six grammes, ce qui équivaut à cinq ou six onces de quinquina au moins. Aussi les deux onces de quinquina guérissaient sans produire aucun fâcheux accident du côté du cerveau; il n'en est pas de même du sulfate de quinine donné à haute dose ; c'est ce que l'observation a déjà constaté.

---

17. *Traitement des causes des névralgies* ; par le docteur S. Sandras, médecin de l'hôpital Beaujon.

(Journal des Conn. médico-chir., février 1848.)

La première chose à examiner dans le traitement des névralgies, comme dans toutes les maladies, et plus peut-être, c'est l'indication. Ces maladies sont si semblables par les apparences symptomatiques, et malgré cela si diverses par leur origine, par les organes qu'elles troublent dans leurs fonctions, par les indications qui résultent de là, qu'il est indispensable de ne rien lais-

ser perdre de ce qui peut s'utiliser dans le traitement. En ce qui regarde ces maladies, j'ai la certitude de n'en avoir presque pas traité que je ne les aie guéries ou très-notablement soulagées. — J'attribue ce succès au soin que je prends toujours de bien dresser et de formuler nettement les indications du traitement, et de travailler avec constance à les remplir toutes; celles que j'appelle générales, c'est-à-dire naissant du fond même de la maladie, de sa nature, de sa cause, celles que je nomme locales, c'est-à-dire résultant du siége qu'occupe la névralgie, celles que l'accès révèle, aussi bien que celles dont l'ensemble de la maladie présente le cortége.

C'est à ce quadruple point de vue que le traitement doit être institué. Chacun de ces points a une grande importance; aucun ne peut, sans un notable dommage, être perdu de vue. Ces indications générales, seules remplies, feraient attendre beaucoup trop longtemps au patient la cessation de ses douleurs; les locales, exclusivement suivies, laisseraient la maladie en puissance; celles de la maladie, celles de l'accès, offriraient, traitées seules, les mêmes inconvénients; de toutes, enfin, prises seules, résulterait une thérapeutique boiteuse et incomplète, malgré la valeur intrinsèque de chacune. — Ce n'est qu'en les reconnaissant, en les poursuivant dans l'ordre de leur importance présente, qu'on peut s'assurer le succès. C'est ce que vont démontrer les préceptes suivants, dont je ne crains pas de garantir l'utilité dans la pratique.

Parlons d'abord des indications générales qui doivent conduire le praticien.

Le médecin qui veut guérir une névralgie devra, en premier lieu, se laisser dominer par la cause générale de la maladie.

Si l'on peut constater que le mal résulte d'un état nerveux, c'est contre cet état qu'il faut incessamment guerroyer. Dans ces cas, point de guérison complète et définitive, si l'on ne parvient à modifier en bien la constitution; tout traitement local, qui n'est pas accompagné du changement dont je parle, n'est qu'un palliatif plus ou moins heureux. Quel qu'en soit le succès, je ne puis lui accorder une créance absolue, et je me crois forcé de prévoir le retour des accès. On a étouffé le symptôme, la maladie n'est pas détruite. Dans une névralgie par état nerveux, attendez-vous donc à changer cet état si vous voulez guérir définitivement; autrement comptez sur le retour du mal.

Si la cause de la névralgie est un rhumatisme, c'est le rhumatisme principalement qu'il faut combattre. On n'a pas affaire alors à une phlegmasie des séreuses articulaires ou autres, à

ces enflures, rougeurs, douleurs mobiles, qui constituent le rhumatisme aigu : il s'agit presque toujours d'une aptitude générale à contracter des douleurs soit de la peau, soit des muscles, soit des nerfs, aussitôt qu'une région, ou même seulement qu'une certaine partie est découverte, frappée d'un courant d'air, ou mouillée et refroidie au moment où elle était échauffée par l'exercice ou par la température extérieure ; ou bien il s'agit d'une disposition analogue produite par un long refroidissement et une longue humidité froide, endurés sans qu'une réaction suffisante ait rendu à la partie ainsi mouillée et refroidie toute son activité vitale. Cette cause, commune à beaucoup de névralgies, exige un traitement tout spécial, celui du rhumatisme chronique. Alors conviennent des boissons chaudes, abondantes, légèrement excitantes et diaphorétiques, les infusions un peu aromatiques que le malade aimera le mieux ; un peu narcotiques, quand on pourra espérer de provoquer et d'aider par ce moyen la détente générale et la sueur qui en est l'indice. En même temps on fera subir au malade l'action de bains tièdes pendant 1, 2, 3 et même 4 heures, ou bien celle des bains de vapeur de nature diverse, suivant l'état général et local où il se trouvera. On maintiendra habituellement autour de lui une température de 15 à 18° ; on le tiendra à l'abri des courants d'air, et on débarrassera autant que possible l'atmosphère de sa chambre de l'humidité, et surtout de l'humidité froide qu'elle pourrait contenir. Le régime sera relâchant et doux. On pratiquera, sur la partie douloureuse, ou des frictions légèrement camphrées et ammoniacales, ou des frictions aromatiques, ou des onctions narcotiques au moyen d'huile ou d'alcool, ou d'huiles essentielles chargées des principes narcotiques de l'opium, de la jusquiame ou de la cigüe. En même temps, on ne négligera pas de combattre le mal local, comme nous l'indiquerons tout à l'heure.

C'est dans des cas de cette espèce que peut réussir le traitement, dit hydro-sudopathique ; mais il faudra ne l'appliquer qu'avec discrétion, c'est-à-dire quand tous les autres moyens moins graves auront échoué, et quand on aura affaire à des sujets capables de la réaction nécessaire pour que ce traitement réussisse. Je ne le conseillerais que dans ces cas, parce qu'il est toujours désagréable à subir et quelquefois dangereux. Je n'ai jusqu'à présent rencontré aucun cas où je me sois vu forcé d'y recourir.

En dernier lieu, enfin, un changement de climat peut devenir indispensable, au moins momentanément, et il faudra choisir, parmi tous les lieux que peut aller habiter le malade, celui qui

lui présentera le plus de ressources hygiéniques et médicamenteuses. Les pays secs et chauds, d'une température égale, seront à préférer ; une habitation bien exposée et bien faite devra être recommandée ; si à ces conditions on peut joindre l'usage de quelque source minérale bien connue pour ces curations, tout sera pour le mieux. Parmi ces sources, il faudra choisir les chaudes, sulfureuses ou ferrugineuses, qui pourront le mieux être appliquées au malade comme bains généraux ou locaux, douches, irrigations, fumigations, etc. Ces sources abondent au centre de la France, aux Pyrénées, dans les Vosges et l'Allemagne. Toutes sortes de considérations, et en tête la température et la minéralisation, devront servir de règle au médecin ; la beauté du climat et la richesse des modes d'application ne devront pas être dédaignées.

L'origine ou la complication goutteuse d'une névralgie ont quelquefois aussi une très-grande importance dans les indications générales du traitement. Ces indications générales peuvent avoir trois objets : 1° le soin à prendre du mal névralgique présent pour le calmer ; 2° la nécessité quelquefois de rappeler au lieu d'écarter la goutte devenue presque une portion du tempérament ; 3° le traitement de la goutte, pour prévenir le retour de ces névralgies, aussi bien que de tous les autres désordres inhérents à ce mal.

1° Pour le premier point, remarquons d'abord que la névralgie peut se présenter localement, comme s'il s'agissait d'une de ces maladies sans complication ; — alors il faudrait se comporter comme nous le dirons tout à l'heure en parlant du traitement particulier de ces névralgies : ou bien le mal peut revêtir une forme toute particulière; c'est là surtout ce que les gens du monde appellent, avec une grande apparence de raison, une goutte rentrée ou remontée. Les indications *locales* qui résultent de ce dernier état sont à la fois et plus pressantes et moins actives. Calmer la sensibilité générale par des bains surtout alcalins, appliquer sur le point malade des cataplasmes ou des compresses fortement arrosés de laudanum, conseiller le repos et en même temps la position la plus propre à soulager, une température douce, des fomentations calmantes et huileuses sur la partie malade ; voilà ce qu'il y a localement de mieux à faire.

2° Mais en même temps il ne faut pas perdre de vue la seconde indication, qui consiste à rappeler en son lieu d'élection la goutte qui s'était déplacée.

Tous les goutteux savent en effet que leur maladie a des habitudes, des périodes qu'ils distinguent fort bien ; quand la ma-

ladie s'est déplacée, a fait une jetée sur une ou plusieurs parties insolites du système nerveux, on est naturellement conduit à tâcher de faire rentrer le mal dans son lieu ordinaire ; c'est une indication générale qui marche presque toujours avec celle que nous venons de mentionner. Pour cela, on a conseillé tous les moyens capables de provoquer la goutte au point qu'elle occupait ou à celui qu'elle aurait dû envahir. Des cataplasmes sinapisés appliqués sur ces parties, des cataplasmes irritants composés de toutes sortes de manières avec tous les corps un peu irritants qui vous tombent sous la main, des frictions assez rudes, sèches ou accompagnées de l'onction de substances comme celles que nous venons de citer, l'application de ventouses ou même de ventouses Junod sur les points à irriter, l'usage des boissons un peu diaphorétiques : voilà les moyens auxquels on s'adresse ordinairement ; le plus souvent, en les combinant bien avec ceux du paragraphe précédent, on réussit, et la goutte régulière reste seule à combattre.

3° Ici la matière médicale est bien riche et bien pauvre tout à la fois. Il s'agit de détruire la goutte ; on sait du reste quelle incroyable quantité de remèdes on a vantés pour cela, et aussi sur quels misérables fondements sont posées toutes ces réputations. Je n'ai pas l'intention de m'engager dans ce dédale, et, pour me borner à ce qui regarde spécialement mon sujet, je ne citerai que ce qui m'a paru utile là où la goutte se transforme facilement en névralgie. Je veux parler de l'usage habituel, constant, mais modéré, du bicarbonate de soude en boisson, des bains alcalisés par la soude du commerce, par l'addition de la cendre de bois, ou par le bicarbonate de soude, de l'administration régulière de quelques gouttes de teinture de semences de colchique dans une tasse d'une infusion légèrement aromatique, prise tous les matins.

Pour le bicarbonate en boisson, je le fais prendre à jeun et aux repas, à la dose de 2 à 4 grammes par litre d'eau rendue plus agréable, ou par quelque infusion, ou même par un peu de vin ou de sirop variable.

Pour les bains alcalins, on les prend tièdes, répétés tous les jours ou tous les deux jours, pendant une ou plusieurs heures, dans une eau additionnée de 60 à 100 grammes de sous-carbonate de soude du commerce, ou de 250 à 500 grammes de bicarbonate. Quand les bains généraux de cette nature ne peuvent pas être pris, je fais tremper le membre malade dans une solution pareille pour la force; les malades y restent comme ils auraient fait dans un bain général.

Quant à la teinture de colchique d'automne, je la préfère prise aussi tous les matins, à jeun, à la dose de 6 à 10 gouttes dans une tasse d'infusion de tilleul, de feuilles d'oranger ou de fleurs de primevère, à toutes les préparations secrètes écrites sur les vitres de certains pharmaciens sous les noms de sirops, d'élixirs, etc., aux pilules dans lesquelles le colchique est altéré sous prétexte qu'on en a enlevé une portion très-âcre. La teinture de semences de colchique, ainsi donnée, a plusieurs avantages. Elle a d'abord une qualité indispensable à tous les médicaments qui doivent agir à la longue et à la seule condition d'être digérés, tout irritants qu'ils soient ; elle peut être supportée, pour ainsi dire, indéfiniment par l'estomac et même par les organes du goût, et elle ne manque guère, avec le temps, d'amener une amélioration notable dans l'état général des goutteux. C'est la préparation de colchique que je préfère pour eux ; elle a des propriétés toutes différentes de celles qu'on obtient des bulbes de la même plante ; on en peut facilement régler les doses, et on sait du moins ce qu'on fait. Je connais nombre de malades qui s'en sont fort bien trouvés, et jusqu'à preuve plus favorable pour autre chose, j'insiste pour que l'usage en devienne aussi général que possible chez les goutteux, chez ceux surtout que tourmente la goutte qu'on pourrait appeler irrégulière, et qui donne le plus grand nombre des névralgies dont nous nous occupons.

Les névralgies syphilitiques appartiennent à une période très-avancée de la maladie spécifique. Elles ne se montrent guère que quand celle-ci a passé les formes secondaires et est devenue constitutionnelle. Quand ces névralgies arrivent, elles se montrent ou peuvent se montrer sous plusieurs formes ; ou bien elles sont fixes et continues, ou bien elles ont quelque chose de périodique, soit qu'elles ressemblent aux intermittentes périodiques dont nous avons déjà parlé, soit qu'elles aient quelque chose des douleurs ostéocopes.

Dans le premier cas, elles peuvent et doivent subir le traitement local dont nous parlerons tout à l'heure ; mais ce traitement ne sera que palliatif et provisoire ; il faudra ne compter sur un succès définitif qu'au moyen d'un traitement antisyphilitique bien combiné. Dans le second cas, la même obligation subsistera encore pour la cure radicale et définitive; la cure locale, ou plutôt le soulagement local et momentané s'obtiendra, comme dans la névralgie simple, au moyen du traitement ordinaire dont nous allons parler tout à l'heure, combiné avec l'usage bien entendu des antipériodiques, et particulièrement du sel de quinine

à haute dose. Dans le troisième cas, enfin, le médecin devra tâcher de s'assurer d'abord s'il y a ou s'il n'y a pas quelque exostose ou périostose sur le trajet du nerf. Quand il aura acquis, à cet égard, une conviction affirmative, il fera appliquer sur le point exostosé des sangsues en nombre suffisant pour combattre l'inflammation locale sans trop abattre le malade ; il sera sûr, par ce procédé, de lui donner bientôt tout le soulagement immédiatement possible, puis il ajoutera à l'emploi des topiques narcotiques, dont nous poserons plus loin les indications, les prescriptions antisyphilitiques qu'il croira les plus sûres. Ces deux dernières parties du traitement seront les seules dont on devra s'occuper sérieusement quand on n'aura pas reconnu d'exostose ou de périostose d'origine suspecte sur le trajet du nerf. Comme la première partie de ces indications rentre tout à fait dans l'exposé du traitement local sur lequel nous nous étendrons, nous n'en dirons rien ici, et nous nous bornerons à indiquer quels sont les moyens antisyphilitiques qui nous ont paru les plus efficaces dans ces cas de névralgies vénériennes.

Une hygiène particulière doit faire d'abord la base du traitement. Par exemple : le malade devra se tenir dans une température constante de 18 à 25 degrés, dans une atmosphère sèche et à une bonne exposition entre le levant et le sud ; il se nourrira régulièrement de viandes rôties diverses, prises en quantité modérée, mais d'une qualité nourrissante et non pas irritante; il boira de l'eau pure ou additionnée d'un peu de Bordeaux ou de vieux Bourgogne ; il s'abstiendra d'affaires, de sorties, surtout par un temps froid et humide, d'une alimentation trop végétale ou trop relâchante, des acides, des fruits crus, du lait, du café, du thé, des liqueurs.

Toutes ces conditions, nettement acceptées, le médecin a le choix entre trois médicaments : le mercure, l'iode, l'arsenic.

Disons tout de suite quelles préparations de divers de ces médicaments nous paraissent préférables; nous exposerons après dans quelles occasions nous croyons meilleur l'usage de l'un de ces moyens.

Du mercure. On a conseillé des préparations très-nombreuses ; en les énumérant je dirai ce que je pense sur chacune d'elles. Le mercure métallique est la base des préparations des pilules dites de Sédillot. Elles sont bonnes à la dose de une par jour, quand elles sont supportées, ce qui se rencontre souvent, et quand elles ne font pas saliver, inconvénient qui n'est pas rare ; j'en ai vu plusieurs exemples. Le mercure soluble, dit d'Hahnemann, renferme plusieurs préparations de ce métal ; il est un agent

infidèle et mauvais : infidèle, à cause de sa composition peu sûre; mauvais, parce qu'il fait très-vite saliver, et je regarde toujours la salivation comme chose fâcheuse. J'en dirai presque autant du protochlorure. Il est infidèle, parce que souvent il contient une notable quantité de bichlorure, soit parce qu'il a été mal lavé, soit parce qu'il a été conservé trop longtemps, soit pour les mélanges dans lesquels le font entrer les préparations magistrales, soit enfin, parce qu'il peut rencontrer dans nos tissus les éléments nécessaires pour sa transformation. Il est mauvais, parce qu'il ne peut pas se conserver aussi longtemps qu'il le faudrait pour arriver à une solution satisfaisante, et parce qu'il lui arrive de déterminer quelquefois, même aux doses minimes, des purgations là où elles ne sont pas du tout dans le plan du médecin. Le bichlorure détermine beaucoup moins facilement la salivation; il a servi souvent entre des mains habiles à obtenir de très-beaux résultats; mais on ne peut oublier qu'il est sujet à laisser, longtemps après qu'on en a cessé l'usage, des douleurs d'estomac excessivement pénibles. M. Mialhe a soutenu l'opinion que toutes les préparations mercurielles aboutissaient dans l'économie à une absorption de bichlorure; on devrait conclure de là que le meilleur et le plus simple serait d'administrer toujours cette préparation en réglant les doses de manière à ne pas nuire; mais j'avoue que la théorie de M. Mialhe, toute satifaisante qu'elle paraisse au point de vue chimique, ne me semble pas thérapeutiquement soutenable. Les propriétés toutes diverses des différentes préparations mercurielles démontrent aussi pour moi que le malade est un réactif dont il faut tenir compte; que les modifications subies par ce réactif luttent énergiquement contre la théorie de M. Mialhe, et je suis resté cliniquement convaincu qu'il y a un grand choix à faire dans les préparations mercurielles. J'ajoute immédiatement qu'il y en a une que je préfère à toutes les autres, c'est le proto-iodure. Ce sel, dont on forme facilement des pilules contenant de 0,025 à 0,05 du composé mercuriel, a plusieurs avantages : il est pris facilement, supporté sans difficulté, longtemps continué sans faire saliver, ni jeter l'économie dans ces maladies que l'on a tant reprochées au mercure. Il n'amène jamais les vives douleurs d'estomac que produit trop souvent le bichlorure.

Quant aux frictions mercurielles, aux onctions des aisselles, de la plante des pieds au moyen d'une pommade au calomel, on ne les emploie presque plus comme agents curatifs de la syphilis. C'est un traitement qui a compté beaucoup de succès et qui a longtemps été le meilleur qu'on connût, mais il est tombé au-

jourd'hui presque en désuétude, à cause de sa malpropreté, de ses salivations, de ses infidélités et surtout à cause de la découverte et de la constatation de l'efficacité d'autres méthodes.

L'iode a été conseillé sous trois formes : iodure d'amidon ; on en a fait avaler des masses sans empoisonner les malades, c'est tout ce qu'on en peut dire de bien ; proto-iodure de mercure; nous venons d'en faire l'éloge comme préparation mercurielle : enfin, iodure de potassium ; ce dernier mérite d'être cité à part. L'iodure de potassium, récemment introduit dans la thérapeutique antisyphilitique et immédiatement accepté, est généralement connu comme un bon médicament dans les syphilis secondaires et surtout tertiaires. Administré à la dose de 1 à 4 grammes par jour dans une potion appropriée et continuée pendant un temps suffisant, il amène très-bien la guérison de beaucoup des accidents les plus graves consécutifs de la syphilis ; il ne fait pas saliver, ne dérange pas souvent les voies digestives, ne trouble pas violemment l'économie. Les inconvénients qu'on peut lui reprocher de donner la fièvre, le coryza, les troubles de l'estomac ou des entrailles, ne sont arrivés en général que quand on a forcé les doses. Entre des mains réservées et habiles, il est un excellent médicament, d'une efficacité incontestable, aussi bon quand on le fait avaler dans un demi-verre d'eau sucrée ou édulcorée, avec un sirop agréable, que quand on l'ajoute dans des apozèmes plus ou moins dégoûtants et insignifiants.

Enfin l'acide arsénieux est prescrit aussi contre les syphilis invétérées. C'est lui qui agit probablement dans la tisane de Feltz et dans toutes sortes d'autres préparations, qui n'en valent ni plus ni moins pour avoir conservé, dans la médecine des spécialités, le nom de leur auteur ou de celui qui les a préconisées. Il me paraît beaucoup plus simple de faire préparer une solution d'acide arsénieux dans de l'eau distillée à doses telles, qu'on soit sûr de prendre dans une cuillerée à café de 1/16 à 1/20 de grain d'acide arsénieux ou 0,0020 à 0,0025 en poids nouveau. On étend cette cuillerée à café dans un demi-verre d'eau sucrée qu'on avale en trois parts dans les vingt-quatre heures. De cette manière, le médicament est bien supporté, et les doses en sont bien fixes et assurées.

J'ai fait exprès de ne pas parler ici de quelques remèdes secrets, sirops, élixirs, robs, dont certains exploiteurs font grand mystère, parce que la bonne foi scientifique de ces gens-là ne peut pas se vérifier, et qu'un homme sérieux ne doit ni perdre son temps à contrôler les assertions intéressées de ces possesseurs de remèdes secrets, ni même, dans le cas de réussite, prêter son nom à faire

valoir des choses qu'il ne connaît pas, et qui ne sont peut-être qu'un moyen de faire payer fort cher au public un des mille remèdes que la science emploie chaque jour. Je n'ai pas parlé non plus des préparations d'or qui n'ont guère d'autre valeur que celle du métal dont elles sont composées. Aucun de ces moyens ne vaut comme efficacité, comme facilité d'administration, comme innocuité, les trois premiers par lesquels j'ai commencé ; mais ici, comme partout, il importe de distinguer les cas et d'être au courant de la meilleure manière d'employer le remède.

Je préfère le proto-iodure, quand la névralgie est accompagnée des accidents de syphilis nommés secondaires, pustules, éruptions, chancres non primitifs. Je conseille l'iodure de potassium, d'une part, dans les accidents que je viens de citer, lorsqu'ils se montrent sur une personne débilitée, affaiblie, rachitique, surtout quand des préparations nombreuses ont été déjà ou mal à propos ou irrégulièrement, ou trop longtemps administrées, et, d'autre part, quand les accidents dits tertiaires se présentent ; je combine ces deux sortes d'agents dans le traitement, quand la maladie est très-ancienne et très-rebelle. Quant à l'arsenic, je l'ai trouvé éminemment utile là où les autres avaient échoué, lorsqu'on a affaire à une de ces syphilis justement nommées constitutionnelles et caractérisées par certaines éruptions, des tumeurs gommeuses, des altérations des os, etc. Les douleurs névralgiques ne sont pas rares dans cette forme de la maladie, et on est heureux d'avoir à sa disposition, outre le traitement local qu'il ne faut jamais négliger, trois moyens, tous trois éprouvés, tous trois faciles à employer, tous trois efficaces, et de légitimes raisons de préférence selon les cas. Ceux que j'ai spécifiés m'ont paru les mieux indiqués et les plus sûrement applicables à ces spécialités du traitement antisyphilitique ; mais cette remarque, je me hâte de le dire, n'a rien d'absolu, et la raison veut qu'on ne néglige pas de recourir au troisième, là où les deux autres, appliqués d'après les meilleures indications, auront échoué. Il faut toujours conserver l'espérance de guérir, quand on veut prendre la peine de suivre rigoureusement une méthode de traitement bien coordonnée, dans ces affections qu'un traitement mal ordonné rend si bizarres et souvent si rebelles. Cette observation sur la gravité des maladies syphilitiques traitées sans méthode est souvent aussi la seule raison d'espérer un meilleur succès en employant une thérapeutique plus intelligente et surtout conduite avec plus d'unité. J'insiste sur cette remarque, parce qu'elle s'applique assez fréquemment aux malades dont nous nous occupons ici ; la névralgie syphilitique appartient le plus souvent aux maladies

de ce genre, contre lesquelles une bonne méthode a manqué.

Il faut convenir que la médecine est malheureusement bien moins efficace et bien moins sûre de ses résultats, quand la cause des névralgies a quelque chose de moral. Il n'y a pas de drogue qui accélère la marche du temps, qui cicatrise et rende supportable une plaie de l'esprit ou du cœur. Ce n'est ni le gaz hilarant, ni le fameux hachich des Orientaux, ni l'inspiration d'éther ou de chloroforme qui peuvent remplacer une affection, une position, une fortune perdues. La pratique nous montre cependant à chaque instant des névralgies causées manifestement par le moral agissant sur le physique. A ce point de vue, la thérapeutique générale des névralgies par causes morales serait bien courte et bien bornée ; mais il faut remarquer d'abord, que, malgré cette exiguité apparente du pouvoir medical, l'art reprend sur le fait particulier tout l'avantage qui lui est refusé en général. Localement traitées, ces névralgies cèdent, comme les autres, aux moyens que nous indiquerons plus loin et c'est déjà beaucoup ; d'une autre part, tout se tient, tout sympathise dans la machine humaine, et le médecin parvient souvent à reprendre adroitement et par des voies détournées le pouvoir qu'il ne peut pas obtenir en face et de haute lutte. Nous nous retrouvons ici sur le même terrain que nous avons déjà exploré à propos de l'état nerveux ; ce sont les mêmes complications, les mêmes antécédents, les mêmes expressions symptomatiques ; c'est la même lutte à établir ; les mêmes moyens y suffisent encore. Une seule différence existe, celle que donne la présence de la névralgie dont nous n'avions pas alors à parler ; nous avons donc quelque chose de plus à faire. Pour être complet dans notre traitement, nous devrons en premier lieu travailler activement à faire disparaître l'état nerveux, la trame névropathique sur laquelle le mal présent s'est ajouté : en second lieu, nous aurons à combattre ce mal là où il se présente. Dans le premier cas, nous travaillerons à couper le mal dans sa racine ; au second point de vue, nous chercherons à en anéantir les effets. D'un côté, nous empêcherons de souffrir, par les moyens appropriés à cette indication ; de l'autre, nous préviendrons le retour de la souffrance. Nous ferons plus loin le tableau de ceux qui combattent localement les névralgies et qui doivent, dans l'hypothèse d'une cause morale, former le complément indispensable de la thérapeutique de ces maladies.

Si la névralgie résulte de certains empoisonnements, comme quelques gastralgies, par exemple, ou quelques névralgies de la cinquième paire et des viscères, le traitement général devra dif-

férer, suivant que le poison aura été récemment ingéré ou qu'il aura agi depuis assez longtemps, pour qu'on ne puisse plus croire à sa présence réelle dans le corps, et qu'on soit obligé de n'y plus reconnaître qu'un être nerveux particulier, conséquence d'une détérioration profonde de la constitution. Dans le premier cas, il faut combattre le poison directement; on cherche à le faire évacuer par tous les moyens possibles, ou bien à le centraliser chimiquement dans l'intérieur de nos organes, ou enfin à empêcher ses effets sur le système nerveux. Quelquefois on veut remplir les trois indications à la fois; c'est la meilleure médecine quand elle est possible, celle qu'il faut conseiller et appliquer autant qu'on trouvera jour à le faire. C'est une question de toxicologie dont le détail sortirait de notre sujet. Dans le second cas, on se demande à quelle sorte de maladie il faut remonter; c'est encore d'elle que résulte l'état nerveux à combattre. Nous rentrons dans la thérapeutique connue de ces états.

Le traitement propre aux névralgies amenées par ces causes est donc, comme celui des précédents, subordonné en quelque sorte à la cause générale dont elles sont issues, et pour être complétement satisfaisant, c'est-à-dire curatif, il devra tenir grand compte des indications générales. Avec cette réserve, il rentre d'ailleurs dans le plan de toutes les névralgies locales dont nous avons parlé.

Il en est entièrement de même pour celles qui résultent des abus de l'intelligence, des forces musculaires, de la veille, etc., toutes causes si actives de l'état nerveux qui produit les névralgies.

En principe, d'après ce que nous avons dit sur ces causes générales et la thérapeutique qu'elles exigent, il faut d'abord : 1° conseiller au malade de s'abstenir quand il le peut, parce que c'est la meilleure prophylactique; 2° quand le mal existe, remonter à la source, parce que c'est le seul moyen d'en arrêter le développement ultérieur, la continuation et la reproduction, parce qu'on n'a pas de voie plus sûre pour garantir l'avenir; 3° enfin, attaquer directement et simultanément le mal lui-même pour le détruire là où il se fait sentir.

En exposant ce que nous savons sur les indications générales, nous avons tâché de satisfaire, autant que la science actuelle le permet, aux deux premières conditions du problème. Il nous reste à enseigner comment on remplit la troisième.

Je suis heureux d'ajouter que cette troisième partie de ma tâche est la plus facile, celle dans laquelle le médecin pourra montrer le plus de puissance et l'expérience la plus sûre.

18. *Observations sur les propriétés fébrifuges de la phillyrea latifolia, et de ses préparations*; par le professeur JACHELLI (de Ferrare).

(Journal de Chimie médicale, février 1848.)

Quoique la thérapeutique possède, dans les préparations de quinquina, même dans celles d'arsenic, des moyens vraiment excellents pour couper les fièvres d'accès, il nous a paru de quelque intérêt de faire connaître des expériences entreprises par le professeur de Ferrare sur une très-grande échelle.

Ces expériences ont été faites avec quatre préparations : 1° la poudre des jeunes feuilles et des jeunes rameaux de la plante (on l'a administrée à la dose de 30 grammes, en quatre prises et pendant l'apyrexie) ; 2° avec le sulfate (1), à la dose de 75 centigrammes à 1 gramme, également dans l'apyrexie ; 3° avec la décoction simple, préparée avec 30 grammes de phillyrée incisée dans 1500 grammes d'eau de fontaine, réduite au tiers par l'ébullition (à la dose de 1/2 à 1 kilogramme, dans l'intermittence) ; 4° et la décoction composée, préparée avec la décoction précédente, à laquelle on ajoute 30 gouttes d'acide sulfurique pour 1500 grammes, et que l'on réduit au tiers par l'ébullition (même dose que la précédente).

Les observations de M. Jachelli se divisent en trois séries. La première comprend les expériences faites en 1825 et 1826, au nombre de soixante-trois, avec les diverses préparations précédentes. La seconde renferme dix-sept observations, faites, en 1842, avec la poudre et la décoction simple. Enfin, la troisième renferme douze cas de guérison de fièvre intermittente par la poudre seule, dans le cours de l'année 1845.

Sur les soixante-trois malades de la première série, treize ont été traités par la poudre, vingt-deux par le sulfate, dix par la

(1) Voici la préparation de ce sulfate : On prend 6 kilogrammes de phillyrée, incisée ; 50 kilogrammes d'eau de fontaine et 250 grammes d'acide sulfurique concentré. On mélange l'acide avec l'eau et on fait bouillir le tout dans un vase de cuivre étamé, pendant deux heures, on filtre le liquide chaud à travers une toile. On traite le résidu avec de l'eau acidulée, et on fait bouillir à trois reprises pour l'épuiser. On mélange les décoctions. On laisse refroidir, et l'on ajoute du lait de chaux jusqu'à ce que la liqueur ne rougisse plus le tournesol. On jette le précipité sur un filtre, on le lave avec de l'eau froide, on le fait sécher dans l'étuve, à une température de 40 à 50° Réaumur ; on le pulvérise et on le fait digérer dans une assez grande quantité d'alcool à 36° ; on le fait bouillir, pendant une heure, dans un alambic, pour recueillir par distillation l'alcool en excès. On filtre ensuite à chaud ; on distille de nouveau, pour enlever encore de l'alcool, et on ajoute enfin de l'acide sulfurique étendu de quatre parties d'eau, pour saturer la *phillyrène*. Quelques jours après, on a des cristaux que l'on purifie par le charbon animal ; ces cristaux se présentent alors sous forme de flocons soyeux, semblables à l'amiante, et d'une saveur légèrement amère et âpre.

décoction composée. Des treize fièvres traitées par la poudre, cinq étaient tierces et trois doubles-tierces. Toutes ont guéri. Une fièvre quarte simple a guéri également. Une fièvre double-quarte a résisté à ce traitement, ainsi qu'à tous ceux qui ont été employés depuis. Trois étaient quotidiennes ; une seule à résisté au traitement et a cédé depuis à l'administration d'un gramme de sulfate de phillyrine. Sur les vingt-deux cas traités par le sulfate (dont onze fièvres tierces, trois doubles-tierces, deux doubles-quartes et quatre quotidiennes), deux seulement ont résisté, une tierce et une quotidienne. Sur les dix cas traités par la décoction simple (dont quatre tierces, deux quartes, deux quotidiennes et deux doubles-tierces), trois n'ont pas guéri : une double-tierce (qui a cédé depuis à deux doses de la décoction composée), une quarte (traitée depuis avec succès par un gramme et demi de sulfate), et une quotidienne (également guérie par un gramme de sulfate). Enfin, des dix-huit fièvres traitées par la décoction composée (six fièvres tierces simples, six doubles, deux quartes et quatre quotidiennes), une tierce simple a nécessité l'administration de 75 centigramme de sulfate, deux doubles-tierces ont dû être traitées par les purgatifs et les saignées, et une troisième, qui offrait la forme pernicieuse, a dû être traitée par le sulfate de quinine ; deux autres (une quarte et une quotidienne) ont nécessité l'administration du sulfate de phillyrine.

Nous croyons en avoir assez dit sur l'efficacité des préparations de phillyrée pour nous dispenser de faire connaître les faits de la seconde et de la troisième série. Ces expériences conduisent à ce résultat, qu'on eût pu, du reste, prévoir : que le sulfate de phillyrine jouit d'une activité proportionnelle bien supérieure à celle des autres préparations de phillyrée. Ainsi, vingt-deux malades ont été traités par le sulfate et vingt ont guéri ; treize ont été traités par la poudre et onze ont guéri ; dix-huit par la décoction composée et quatorze ont guéri ; dix par la décoction simple et sept ont guéri. Ce qui donne le chiffre vingt pour le sulfate, onze pour la poudre, sept pour la décoction composée et quatre et deux tiers pour la décoction simple.

Tels sont les résultats annoncés par le professeur Jachelli. S'ils sont exacts, comme tout porte à le croire, on aura dans la phillyrée, et surtout dans le sulfate de phillyrine, un assez bon succédané du quinquina et de ses préparations. Il importe cependant de ne pas se faire illusion : toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une fièvre, dont le caractère tendra à devenir pernicieux, l'antipériodique par excellence, le sulfate de quinine, devra seul être mis en usage.

19. *Coup d'œil sur les propriétés thérapeutiques de l'huile de cade*; par M. Serres, D. M. à Alais (Gard).

(Bulletin général de Thérapeutique, janvier 1848.)

Le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis, M. Devergie, que distinguent de remarquables travaux, a reconnu que l'huile de cade et le goudron de la houille, étendu avec quatre fois son poids d'eau distillée, offraient une grande analogie d'action, et que l'on avait rendu un véritable service en signalant l'emploi de la première de ces deux substances. Que l'huile de cade sera d'autant plus utile qu'elle sera appliquée dans la période la plus avancée de l'eczéma, c'est-à-dire, celle où la sécrétion a notablement diminué, et où il se forme des squammes; que, mise en usage dans la période aiguë, l'inflammation cutanée n'est pas sensiblement augmentée, mais que la marche de la maladie est lente et les effets du médicament peu appréciables ; que dans les eczémas arrivés à la période de chronicité, au contraire, les effets sont très-rapidement sensibles; qu'il a la preuve que cet agent est généralement afficace.

Il l'a appliqué à un cas d'ophthalmie scrofuleuse, qui a cédé aseez rapidement ; ce fait isolé est peu significatif ; d'ailleurs la maladie s'est renouvelée un peu plus tard. Notre honorable confrère appelle avec plus de raison l'attention des praticiens sur la suppression rapide de l'écoulement, de la rougeur et des démangeaisons de l'eczéma. Comme l'effet de l'huile est très-immédiat, il faut se borner, dans certains cas, à toucher le quart ou le cinquième de la surface malade, lorsqu'on peut redouter une répercussion. De là encore la nécessité d'opérer une dérivation sur le tube intestinal, au moyen des purgatifs pendant l'emploi de cette huile.

M. Devergie s'occupe de juger la valeur de cet agent à l'égard des autres maladies cutanées. L'article qu'il promet sera toujours lu avec intérêt, comme tout ce qui sort de la plume de cet estimable médecin.

M. le docteur Langevin, médecin au Havre, a bien voulu apporter aussi son contingent, et faire connaître les résultats de sa vérification à l'endroit des propriétés thérapeutiques de l'huile de cade, en annonçant que le traitement des affections cutanées, si enrichi de nos jours par les travaux des Biett, des Casenave et des Devergie, peut ajouter désormias à sa liste un agent de plus d'une puissante énergie : cet agent est l'huile de cade, préconisée par le *Bulletin*, dans les cas d'eczémas simples impétiginodès, qui font souvent le désespoir des praticiens.

Il confirme pleinement nos propositions sur l'efficacité de l'huile de cade, et rapporte quelques observations du plus haut intérêt.

Dans la première, c'est un eczéma chronique des deux mains et des deux avant-bras, parfaitement guéri par notre huile. Les onctions se faisaient tous les deux jours, très-exactement, quelque forte que fût l'inflammation, et quoique les fissures fussent nombreuses et profondes, car il avait remarqué, contrairement à ce qu'a avancé M. Devergie, que l'huile de cade, appliquée sur des parties enflammées de la peau. et récemment envahies par l'affection cutanée, avait la propriété d'éteindre l'inflammation et de flétrir l'épiderme, alors qu'il était rouge, tendu et douloureux, et de s'opposer, par suite, à l'extension du mal. Ce fait s'est reproduit nombre de fois sous ses yeux.

Dans la deuxième guérison opérée par l'huile de cade sur un eczéma rubrum, avec croûtes d'impétigo au bras, il ne tint aucun compte de l'état inflammatoire, ni des crevasses nombreuses, sachant bien que le meilleur calmant, en pareil cas, était l'huile précitée. M. Langevin fait remarquer que le système pileux se reproduisit avec rapidité, alors qu'on aurait pu croire les bulbes anéantis par la longue durée de l'affection cutanée et les désordres dont l'épaisseur de la peau avait été le siége ; qu'en outre, de prime abord il fit supprimer un cautère situé au tiers supérieur du bras.

La guérison d'un eczéma impétiginodès du cuir chevelu, du cou, des oreilles, par l'huile de cade, fait le sujet de la troisième observation. La reproduction des cheveux, pendant le traitement, était si active que tous les cinq jours il était obligé de les faire raser. Ils avaient chaque fois crû d'un pouce.

En vingt jours, l'huile de cade triompha d'un autre impétigo de la tête, borné au cuir chevelu, sans provoquer ces répercussions qui causent tant de craintes dans le traitement des gourmes des enfants.

De ces faits, il conclut que l'huile de cade offre des propriétés siccatives précieuses, applicables dans les cas surtout de dermatoses à forme humide et sécrétante, et que, loin d'être un irritant, c'est, au contraire, le topique calmant par excellence, dans les inflammations qui accompagnent si souvent ces formes spéciales de la pathologie cutanée.

L'efficacité de l'huile de cade dans le traitement de la teigne vient d'être démontrée par M. Sully, médecin distingué à Bort (Corrèze).

Il a traité deux enfants d'un tempérament lymphatique, qui portaient, en même temps qu'une affection psorique, une teigne faveuse déjà ancienne, et qui avait résisté aux moyens les plus rationnels. L'emploi de l'huile de cade en onctions, sur les parties atteintes de la maladie, a fait disparaître en dix jours jusqu'aux moindres traces du mal, et il n'est resté qu'une calvitie, qui s'efface chaque jour par le retour des cheveux.

Deux autres enfants de trois à quatre ans, atteints d'une teigne faveuse récente mais vigoureuse, compliquée de l'engorgement de quelques ganglions lymphatiques du cou, ont été rapidement guéris par l'usage des boissons antiscorbutiques et l'emploi renouvelé, matin et soir, de la pommade suivante :

Axonge.	60 grammes.
Huile de cade.	40 grammes.
Essence d'anis.	5 gouttes.

Deux jours après la première application, les croûtes se détachent, lorsqu'on emploie l'huile de cade pure, et l'on peut apercevoir le travail de cicatrisation du cuir chevelu. Après la seconde, les croûtes, complétement détachées de la surface cutanée, ne tiennent que par leur adhérence aux cheveux ; enfin, après la troisième, le cuir chevelu se nettoie, reprend sa couleur normale, et la guérison, moins le retour des cheveux qui se fait encore attendre, est alors confirmée.

M. Sully fait remarquer que l'huile de cade foudroie, pour ainsi dire, tous les parasites qui viennent assiéger le cuir chevelu dans la maladie de la teigne : il invite ses confrères à soumettre ces faits au contrôle de leur expérience, avec la confiance qu'ils se convaincront que l'huile de cade doit être considérée comme un des agents thérapeutiques les plus utiles dans le traitement de la teigne, maladie effroyable par son aspect, et désolante par sa ténacité, et qu'elle guérit presque miraculeusement.

Divers essais ont été faits par l'honorable M. Baudens, chirurgien du Val-de-Grâce. Je citerai un cas d'ozène, qui fut rapidement amélioré par l'usage de l'huile de cade, chaque jour introduite dans les narines au moyen d'un bourdonnet de charpie trempé dans ce liquide et tenu entre les branches d'une pince à pansement. Je saisis avec plaisir cette occasion pour le remercier ici de l'accueil bienveillant que j'ai reçu de lui et de l'empressement qu'il a mis à s'édifier sur l'efficacité de cette substance. Je regrette vivement que mon départ de Paris ne m'ait pas permis de suivre plus longtemps ses utiles visites.

Dans les otorrhées purulentes aphtheuses, l'huile de cade a produit des effets en tout conformes à ceux déjà énoncés. Il a suffi de tremper un pinceau dans ce liquide et de le passer tous les soirs dans le conduit auditif interne. Deux jours après, la douleur, le tintement, le bourdonnement, la démangeaison, la production albumineuse ont disparu, et l'ouïe a repris toute sa force.

Chez certaines constitutions, mais plus particulièrement chez les enfants à peau qu'on peut appeler psorique, parce que toutes ses blessures sont suivies d'une érection vasculaire, papillaire eczémateuse, l'application du vésicatoire détermine des écoulements effroyables, ou la formation de squammes d'une nature si rebelle, que bon nombre de mères de familles se résignent avec peine à l'emploi de ce moyen. L'huile de cade, en pareille occurrence, est un remède précieux dont le contact, renouvelé trois ou quatre jours de suite, ramène les téguments à leur état normal de sensibilité et d'exhalation.

Les démangeaisons de l'anus ont été si fortes chez quelques sujets, que pendant le sommeil, les doigts, portés involontairement sur cette partie, ont été trouvés tout ensanglantés au réveil du matin. D'autres, insensiblement entraînés à calmer celle qui survient entre les doigts des pieds, ont poussé le besoin de se gratter jusqu'au point de les tordre, de produire des déperditions considérables de peau et des hémorrhagies. En ce cas le calmant par excellence est encore l'huile de cade, dont l'odeur disparaît assez rapidement pour que cet inconvénient ne soit pas un obstacle à son emploi.

L'analogie de la peau avec la muqueuse de l'oreille et la muqueuse de l'œil nous conduit naturellement à dire un mot de l'utilité de l'huile de genévrier dans certaines ophthalmies et kératites scrofuleuses. L'expérience n'a pas bien pu déterminer encore les cas dans lesquels elle est plus spécialement indiquée ; mais elles doivent porter toutes le cachet psorique que révèle indubitablement le mode d'action du remède, dont l'efficacité est parfaitement bien établie par une foule de faits. En attendant des données plus certaines, voici celles qui peuvent éclairer la marche du praticien intéressé à connaître d'avance les probabilités de son application la plus opportune : l'aptitude de l'ophthalmie à passer rapidement d'un œil à l'autre ; sa connexion avec une disposition eczémateuse de la peau et plus particulièrement de celle de la face, et surtout des paupières elles-mêmes : pour la kératite, la multiplicité des points ulcérés d'une manière *très-superficielle*, et le prolongement des vaisseaux de la

sclérotique sur la cornée devenue en quelque sorte *eczémateuse*. En attendant mieux, voilà ce que l'étude attentive nous a permis de signaler à l'attention de nos confrères. Nous le donnons avec toute la défiance qui doit se mêler aux observations qu'une longue expérience n'a pas sanctionnées, puisque dans ces cas même l'huile de cade a parfois échoué ; mais où trouver un remède infaillible, et mieux encore, comment distinguer l'élément et la condition de son succès ? L'infaillibilité de tout médicament est essentiellement liée à celle de la science, dont les efforts doivent tendre à définir d'une manière plus exacte la sphère de sa véritable action.

A défaut de cette lumière, il faut donc, jusqu'à nouvel ordre, tendre vers l'empirisme, et, contre ces ophthalmies spéciales qui ont résisté au traitement rationnel, à l'huile de cade, recourir aux bains de sublimé corrosif, comme nous les avons conseillés, en lavant, tout le temps de l'immersion, la figure entière avec l'eau même du bain ; ou bien aux frictions sur les paupières, pratiquées avec le sulfate de cuivre solide. Ce dernier moyen, d'une grande efficacité, m'a été communiqué par M. le professeur Bonnet (de Lyon), que font remarquer un esprit éclairé et de grands services rendus à la chirurgie, qu'il cultive avec autant de bonheur que d'intelligence. On trempe un fragment de sulfate de cuivre, gros comme la phalange du pouce, dans de l'eau froide ; on le passe ensuite et repasse vingt à trente fois sur les paupières closes, trois fois par jour pendant une quinzaine de jours, en ayant la précaution de le mouiller de temps à autre. Les enfants les plus difficiles se soumettent, sans trop murmurer, à cette médication, bien plus commode que le bain de sublimé, et j'ajouterai même généralement plus efficace. La douleur se borne ordinairement à peu de chose, à une simple cuisson de courte durée. Inutile de rapporter ici des observations à l'appui de ce singulier traitement ; je puis les compter par centaines, quoique mes expériences remontent seulement au mois d'avril de l'année 1846. Inutile encore d'entrer aussi dans des détails sur la tendance à la reproduction de ces ophthalmies, qu'un traitement médical bien entendu doit contribuer à détruire, comme sur les avantages que nous retirons ici des bains de mer pour atteindre ce but définitif.

En résumé, l'huile de cade a pris bon rang parmi les remèdes antipsoriques les plus efficaces ; elle guérit rapidement les eczémas aigus, chroniques, la teigne, l'otorrhée, les démangeaisons de l'anus, des doigts des pieds ; c'est un bon remède dans certaines ophthalmies, que secondent merveilleusement les bains de

sublimé et les frictions faites sur les paupières closes avec le sulfate de cuivre préalablement mouillé.

---

20. *Bons effets du musc et des vésicatoires répétés dans la période ataxique de l'hydrocéphale aiguë* (1) ; par M. Legroux, médecin de l'hôpital Beaujon.

(Bulletin général de Thérapeutique, janvier 1848.)

Je me sers à dessein de cette dénomination, ne voulant rien préjuger sur la nature des diverses affections qu'elle désigne. S'il est permis, en effet, de distinguer anatomiquement les méningites simples des granuleuses, de l'hydrocéphale et de l'encéphalite, on ne peut, il s'en faut de beaucoup, faire la même distinction en pathologie appliquée. Dans l'intérieur de l'enveloppe osseuse du cerveau, en effet, il se passe des actes morbides, qui, s'ils ont beaucoup d'analogie dans l'expression symptomatique, diffèrent essentiellement sous le rapport des lésions qui en sont la conséquence. Or, comme nous manquons, pour arriver à leur connaissance, des lumières fournies par les moyens d'investigation physiques, applicables aux maladies des organes abdominaux et thoraciques, nous n'avons jamais, pour les maladies cérébrales, une certitude diagnostique égale à celle des précédentes. C'est pourquoi j'ai conservé le nom d'hydrocéphale à cet ensemble de maladies qui a pour symptômes principaux, à une période un peu avancée, le coma, la dilatation des pupilles, des mouvements convulsifs et des paralysies plus ou moins étendues.

Ces considérations préliminaires étaient nécessaires pour préciser les indications thérapeutiques du musc.

Je passe maintenant à l'exposition des faits.

Hydrocéphalie subaiguë. — Amélioration notable sous l'influence du musc. — Autopsie.

Obs. I. — Georges Jobert, âgé de neuf ans et demi, grand pour son âge, mince, brun, ayant une tête très-volumineuse, ordinairement bien portant, ayant eu seulement, à huit ans, une fièvre typhoïde bénigne, éprouva, dans le courant du mois de mai 1847, peut-être après la fatigue du jeu pendant une température élevée, un mal de tête qui dura une journée environ, et dont il ne se plaignit plus les jours suivants.

Mais, huit jours plus tard, le 20 mai 1847, la même douleur se reproduisit, avec perte d'appétit; dans la nuit, il vomit son dîner.

(1) Extrait d'un travail sur l'hérédité et différents points des maladies du cerveau.

Le 21, à six heures du soir, persistance de la céphalalgie; elle est modérée, *frontale;* langue chargée, bouche mauvaise, inappétence, pas de fièvre, aucun autre accident. — Demi-bouteille d'eau de Sedlitz par demi-once (verre), édulcorée avec le sirop de groseille; elle est vomie en partie.

Le 22, léger amendement; repos, diète, boissons délayantes.

Le 23, même état de la langue, même céphalalgie, apyrexie complète. (Demi-bouteille d'eau de Sedlitz.) Bons effets purgatifs : sauf un peu de faiblesse, la journée se passe bien, le petit malade même s'amuse à jouer.

Le soir, à onze heures, il s'éveille en criant, éprouve de la difficulté à parler. Je le vois avec le docteur Poultier, appelé en même temps que moi.

Face rouge, pupilles dilatées, connaissance incomplète, parole embarrassée, pas de fièvre cependant. (Saignée de 150 grammes environ; le sang n'est pas couenneux.)

Le 24, même état; côté gauche, le bras surtout, légèrement paralysé. (Huit sangsues derrière les oreilles : elles coulent abondamment; compresses fraîches sur la tête; vésicatoire au cou; calomel, 1 décigr. toutes les deux heures.)

Pour abréger, voici la marche qu'a suivie ultérieurement la maladie et la succession de phénomènes qu'elle a présentée.

Pupilles dilatées; strabisme vers la gauche; *paralysie de la paupière supérieure gauche, qui a persisté jusqu'à la fin de la maladie, l'œil restant entr'ouvert.* Coma, excitation difficile; à peine peut-on tirer quelques mots de l'enfant. Cependant, sous l'influence de la médication, la connaissance revient; parole plus libre; persistance du strabisme, de l'état des yeux. Progressivement, paralysie du côté droit, agitation, carphologie de la main gauche, quelques mouvements convulsifs, puis, serrement des mâchoires, déglutition difficile; paralysie droite plus prononcée, bras gauche un peu agité sans crises convulsives; *bouche tirée à gauche;* enfin affaiblissement, râle trachéal, mort le neuvième jour.

Le traitement employé après les premiers jours a consisté en vésicatoires répétés au cou, sur la tête, aux cuisses, aux jambes, au nombre de douze à quinze; en lavements purgatifs; calomel à l'intérieur, et *surtout dans l'administration de petits lavements préparés avec l'infusion de valériane musquée et légèrement laudanisée, loochs musqués* (50 centigr. de musc étaient administrés en vingt-quatre heures.)

Tous ces moyens ont été suivis d'une amélioration passagère, à tel point que M. Guersant, après avoir jugé le cas très-grave

le quatrième ou le cinquième jour, fut étonné, le lendemain, des modifications favorables survenues dans l'état de l'enfant, et put, avec nous, concevoir des espérances qui malheureusement ne se réalisèrent pas.

Du reste, cette amélioration a coïncidé avec l'administration du musc et l'emploi énergique des vésicatoires.

Comme effet de la médication musquée, nous avons observé un état comme velouté de la peau sur lequel je reviendrai dans un instant.

Je dois dire que, chargé de la direction du traitement, j'ai été constamment assisté par MM. Horteloup et Létalenet, amis du père de l'enfant, mort lui-même d'un ramollissement du cerveau, ainsi que plusieurs membres de cette famille ; par le docteur Poultier, et par M. Guersant père, qui a bien voulu nous aider de son expérience pendant plusieurs jours.

Autopsie. Le crâne seul a été ouvert. La calotte osseuse à été enlevée avec la scie. — Dure-mère fortement tendue sur les circonvolutions cérébrales ; celles-ci légèrement aplaties et comme tassées. Sous la main, le cerveau paraît mou, et offre à la pression la sensation de fluctuation. Il est fendu d'avant en arrière, sur place, jusqu'à la partie antérieure des ventricules. Ces cavités sont dilatées, leurs parois écartées. Elles contiennent environ 125 grammes de sérosité limpide, sans dépôt purulent en arrière. Elles conservent leur écartement après l'écoulement de ce liquide, qui est recueilli dans un vase pour en apprécier la quantité.

Les méninges sont fortement appliquées sur la substance cérébrale, dont on les détache difficilement sans enlever néanmoins de cette substance. Elles sont vivement injectées, surtout dans les anfractuosités ; elles sont très-fines, et n'offrent, en aucun point, de traces de sérosité trouble ou de sécrétion purulente.

La substance cérébrale est généralement molle, humide et comme infiltrée ; mais, en aucun point, il n'existe de ramollissement spécial. Les parties centrales voisines de l'épanchement ne sont pas altérées notablement.

Pas de traces de granulations.

A mon avis, nous avons eu affaire à une congestion simple, avec exhalation séreuse, qui ne s'est pas élevée jusqu'au mode inflammatoire ; car je ne puis considérer comme *inflammatoire* une affection qui, après huit jours, ne laisse pas de produit puriforme, mais une simple augmentation de la sérosité normale.

Le traitement actif, employé dès le début et dans le cours de la maladie, s'est-il opposé à la suppuration ? Cela est possible ; mais l'absence presque constante de fièvre m'avait toujours éloi-

gné de l'idée d'une inflammation, et la supposition d'un épanchement séreux simple m'avait laissé l'espérance que nous pourrions arriver à la résolution. C'est dans ce sens que la thérapeutique a surtout été dirigée, et il faut convenir que, si ses résultats n'ont pas été heureux, il était difficile, en fait de diagnostic, d'approcher davantage de la vérité.

Ce diagnostic, basé sur l'absence de fièvre, était encore justifié par la mobilité, l'entre-croisement de la paralysie, qui du bras gauche a passé au côté droit, et qui frappait simultanément la paupière supérieure gauche, quand la joue était tirée de ce côté. Une lésion *mobile*, un épanchement central, pouvaient seuls donner lieu à une paralysie aussi complexe, aussi variable pour son siége. Il faut ajouter que la dilatation des pupilles parlait en faveur de cet épanchement.

Obs. II.—En même temps que nous donnions des soins au jeune Jobert, j'ai été appelé pour soigner un enfant de quatre ans et demi, au tempérament lymphatique, au crâne volumineux, aux front saillant, et qui m'a paru menacé d'une *fièvre cérébrale*.

Ici, le début a été fébrile, la face était rouge, les pupilles dilatées, céphalalgie, assoupissement. (Saignée, sangsues derrière les oreilles ; un peu d'amendement dans l'état fébrile.)

Mais la tête reste chaude, les pupilles dilatées; l'enfant est occupé à éplucher ses lèvres ou ses doigts, ou à les mordiller avec les dents. Pas de symptômes abdominaux. Calomel, vésicatoires au cou et aux cuisses, compresses fraîches sur la tête. Nuits agitées, délire. Le jour, la connaissance se maintient.

Cet état persistant, j'eus recours au lavement de valériane musquée et laudanisée. Le médicament a été pris pour les deux malades dans la même pharmacie, il a paru de bonne qualité.

Le lavement était composé d'une infusion de 8 grammes de racine de valériane concassée dans 150 grammes d'eau ; et additionnée de 30 centigrammes de musc et 10 gouttes de laudanum de Sydenham. Il était administré en quatre ou cinq fois, à quelques heures d'intervalle.

Après les premières doses, il y a eu une réaction assez vive, suivie de sueurs abondantes.

M. Guersant père, qui a vu l'enfant avec moi après deux jours de cette médication, a considéré cet état comme purement ataxique. Il a été d'avis de continuer la médication ; de nouveaux vésicatoires ont été appliqués aux jambes, les lavements continués, quelques bains administrés, l'amélioration s'est graduellement établie, et au bout de huit à dix jours la guérison était assurée.

Chez cet enfant, il y a eu une fièvre aiguë avec congestion cé-

rébrale, les cavités abdominale et thoracique sont restées étrangères à la maladie.

Les symptômes principaux ont été la céphalalgie, la rougeur de la face, rougeur exacerbante par moments ; la dilatation énorme des pupilles, la carphologie, l'agitation la nuit.

Il est difficile de décider, le malade étant guéri, si nous avons eu affaire à une ataxie simple ou bien à une hydrocéphale. Tout en respectant l'opinion de mon ancien maître, M. Guersant, je suis disposé à admettre que chez cet enfant, comme chez le jeune Jobert, il a existé un épanchement ventriculaire. Nous n'avons pas eu ici, néanmoins, les phénomènes paralytiques observés dans le premier cas.

Je pourrais joindre plusieurs autres cas au précédent pour établir les bons effets de la médication musquée. Je me bornerai à en rappeler un brièvement.

Obs. III. — Une jeune fille, de 4 à 5 ans, est prise de tous les accidents qui caractérisent une méningite aiguë. Malgré un traitement antiphlogistique et révulsif énergique, la maladie parcourut toutes ses périodes ; l'enfant, après dix ou douze jours de maladie, avait un bras paralysé, les pupilles dilatées, un œil entr'ouvert, des accès convulsifs, etc. Elle me parut, ainsi qu'à M. Blache, qui la voyait en même temps que moi, dans un état tellement grave et au-dessus de toutes ressources, que nous jugeâmes inutile de la revoir ensemble, les consultations étant laissées à ma disposition.

Dans cet état, et alors que tout semblait inutile, l'idée me vint de tenter le musc en lavement et à l'intérieur ; j'appliquai en même temps un vésicatoire sur la tête.

Dès le même jour et avant que le vésicatoire eût agi, une amélioration notable se prononça ; cette médication fut continuée pendant plusieurs jours et la petite malade fut, pour ainsi dire, ressuscitée.

Dans ces cas et dans quelques autres que je passe sous silence, la médication musquée a produit les effets suivants :

1° Affaiblissement du pouls :

2° Abaissement de la température de la peau qui n'a pas été constaté par le thermomètre, mais très-appréciable au toucher ;

3° Au toucher, un état comme velouté de cette enveloppe ; il semble que l'on palpe du velours très-fin, très-souple. Il m'a paru aussi qu'il se produisait une sorte de relâchement de cette membrane, analogue à celui que l'on observe dans le choléra, au froid glacial près cependant ;

4° Un état sudoral a suivi son administration dans un cas.

Si j'avais à classer ce médicament au point de vue de l'École italienne, je dirais que c'est un hyposthénisant cardiaco-vasculaire, dont l'action s'exerce principalement sur les capillaires ; que peut-être il est à la fois hyposthénisant du système nerveux.

Si mon observation est juste ; si le musc a bien sur les capillaires l'action que je lui suppose ; s'il détermine intérieurement les mêmes effets que ceux qui s'observent à la peau, on peut concevoir, jusqu'à certain point, comment il favorise la résolution des engorgements inflammatoires et des épanchements séreux.

Je ne veux pas, toutefois, donner à ce médicament plus d'importance qu'il n'en a eu dans les traitements où il est intervenu ; nier aux autres moyens leur part d'action ; mais ce qui m'a paru hors de doute, c'est une amélioration rapide, dans plusieurs cas, sous l'influence de ce médicament ; et, comme effet physiologique, c'est cet état de la peau, que j'appelle *musqué*, et qui frappe les personnes étrangères à la médecine, quand leur attention est appelée sur ce point. Ainsi, sans présenter le musc comme médicament infaillible contre des maladies aussi formidables que le sont les méningites chez les enfants, je crois ce médicament applicable aux cas où, après l'inutile emploi d'une médication rationnelle, l'art semble réduit à l'impuissance devant des phénomènes convulsifs et paralytiques.

Depuis que l'attention a été portée sur les granulations et tubercules méningiens, il semble que toute *fièvre cérébrale* de l'enfance doive rentrer dans cette fatale catégorie ; la conséquence thérapeutique d'une telle opinion serait l'inaction. Pourquoi, en effet, combattre des affections nécessairement mortelles ?

Malgré la gravité des affections méningiennes de l'enfance, il en est quelques-unes qui guérissent. Toutes ne sont pas de nature granuleuse et tuberculeuse. Peut-être même les granulations ne sont-elles qu'un produit récent de phlegmasie, susceptibles, il est vrai, de subir la transformation tuberculeuse, mais pouvant aussi être résorbées ou organisées. L'autopsie du jeune Jobert nous a montré aussi une hydropisie simple des ventricules, ou tout au plus congestive, mais non suppurative. D'un autre côté, M. Guersant admet (c'est un point que je ne prétends pas discuter, n'étant en mesure ni d'affirmer, ni d'infirmer) qu'il existe des états ataxiques purs, qui peuvent en imposer pour une affection des méninges. Au lit du malade, il n'est pas toujours facile de dire à quel état morbide on a affaire ; la distinction des méningites simples et granuleuses est souvent impossible. Une marche anormale dans les accidents vient souvent jeter le trou-

ble dans le diagnostic. Dans ces différents états, quand on a combattu les accidents primitifs, quand la période convulsive, ataxique ou paralytique se montre, c'est alors que le musc semble encore promettre quelques succès.

V. ACCOUCHEM^ts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 21. *Observation d'hémorrhagie par le tubercule ombilical*, communiquée par M. le docteur THORE, ancien interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique, etc.

(Gazette médicale de Paris, N° 11 ; 1848.)

L'hémorrhagie qui survient après la chute du cordon, par le tubercule ombilical, est un accident assez rare pour que la plupart des traités relatifs aux maladies de la première enfance n'en fassent aucune mention ou n'en parlent que d'une manière fort incomplète.

Underwood, un des premiers que je sache, en a dit quelques mots ; suivant lui, elle peut durer plusieurs mois. M. Richard (de Nancy) ne l'a observée qu'une seule fois, et l'enfant mourut au bout de trois jours. M. Villeneuve a rapporté un fait de ce genre, dans lequel tous les moyens échouèrent, l'hémorrhagie reparut quatre fois et l'enfant succomba quarante-deux heures après.

Une observation plus récente est due à M. le professeur Dubois. Indépendamment de l'importance que lui donne le nom du célèbre professeur dans la pratique duquel elle a été recueillie, elle est encore remarquable par le traitement aussi hardi que judicieux qui fut mis en usage ; aussi fut-elle publiée par plusieurs journaux, et leur empressement à la reproduire fit voir que la science était bien pauvre sur ce sujet. C'est ce qui m'autorisera à rapporter le fait suivant, le seul que j'aie recueilli pendant une année passée tout entière à l'hospice des Enfants-Trouvés.

Enfant du sexe masculin, âgé de treize jours ; hémorrhagie par le tubercule ombilical arrêtée au bout de six jours ; purpura ; taches hémorrhagiques sur la peau, au dos et aux épaules ; hémorrhagie par la paupière inférieure ; muguet ; abcès sous-cutané très-considérable au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche ; endurcissement du tissu cellulaire ; mort par anémie au bout de vingt-cinq jours.

OBS. — Louis, enfant du sexe masculin, âgé de 13 jours, est

placé à l'infirmerie de l'hospice des Enfants-Trouvés, le 24 avril 1842, au n° 21. On voyait, au moment de son entrée, des taches de sang desséché sur le ventre; mais il ne s'écoulait point de sang; le pouls est petit et faible; les extrémités sont froides.

Le 25 avril. L'hémorrhagie a paru pendant la nuit; le ventre est météorisé, volumineux, débordant la base de la poitrine; pouls faible à 140; peau décolorée; face pâle; taches violacées sur la poitrine. (Lotions avec l'eau albumineuse; alun en poudre sur l'ombilic.)

Le 26. L'écoulement sanguin continue sans être extrêmement intense. On fait plusieurs fois dans la journée d'énergiques cautérisations avec le nitrate d'argent.

Le 27. Malgré l'emploi de ce moyen, l'hémorrhagie a continué avec plus d'intensité que jamais; le sang est de plus en plus séreux. Il coule encore avec assez d'abondance au moment de la visite. On renouvelle l'application de l'alun, des cautérisations avec le nitrate d'argent; on essaye la compression avec l'agaric, sans succès.

Il existe près du bord libre de la paupière inférieure gauche une petite tumeur, parue depuis la veille seulement: elle a le volume d'une grosse tête d'épingle; elle est violacée et elle a donné du sang en assez grande quantité. Les gencives, la langue et la face interne des joues ont une teinte d'un rouge noirâtre, évidemment due à du sang extravasé. La veille il y a eu des vomissements de couleur foncée que nous n'avons pu voir, mais qui paraissaient formés par du sang. Sur le dos et à l'épaule droite il existe deux taches d'un violet livide; elles existaient déjà la veille, mais étaient moins colorées et moins larges. Le pouls est très-faible, à 120. La peau est presque complétement décolorée; le ventre est tendu et météorisé; selles abondantes et liquides; poitrine sonore et respiration normale.

Le 28. L'hémorrhagie a continué; le sang est noirâtre; le sang s'échappe à plusieurs reprises et en assez grande quantité, sous nos yeux et au moment même où nous tentions, par les cautérisations et la compression, à la réprimer. Les taches violettes se sont étendues et elles sont plus foncées. De nouvelles taches apparaissent à l'avant-bras gauche et au thorax du même côté. La petite tumeur de la paupière inférieure ne donne qu'une faible quantité de sang. Vomissements de matières bilieuses; selles liquides et verdâtres. Le ventre reste toujours tendu et météorisé; pouls à 120. Rien du côté de la poitrine. On continue les cautérisations avec le nitrate d'argent, ainsi que les autres moyens déjà employés.

Le 29. Même état; il s'échappe encore du sang par l'ombilic.

Le 30. L'hémorrhagie paraît définitivement arrêtée, et le linge qui couvre l'ombilic n'est point taché de sang. Pas de vomissements; le pouls est extrêmement faible aux radiales, on le compte aux crurales 120; selles liquides. (Riz gommé avec sirop tartreux; potion gommeuse avec eau de Rabel, et tartrate de fer, de chaque 15 gouttes; potions alumineuses; frictions avec teinture de kina.)

Le 1er mai. Apparition du muguet; il est peu abondant; le linge de l'ombilic est à peine teint de sang; poitrine sonore; râle muqueux des deux côtés; voix éteinte; ventre météorisé, peu douloureux; selles jaunes demi-liquides.

Le 3. Les taches hémorrhagiques de la peau commencent à disparaître et à s'effacer; cri faible et voilé; selles jaunâtres.

Le 6. Encore quelques plaques de muguet.

Le 8. Les taches hémorrhagiques de la peau ont complétement disparu; râles muqueux des deux côtés.

Le 9. Il se développe un abcès très-considérable autour de l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche. Il est incisé; il s'en échappe un pus phlegmoneux abondant. (On supprime la potion avec l'eau de Rabel.)

Le 14. Il y a encore un peu de muguet; état stationnaire.

Le 18. Cet état a peu changé jusqu'à présent. Aujourd'hui on constate une induration du tissu cellulaire; la peau est froide; dyspnée; voix éteinte; toujours un peu de muguet; muqueuse buccale pâle et froide; ventre tendu et météorisé; pas de selles; pouls insensible. L'enfant meurt à cinq heures du soir.

Autopsie le 19 mai.

Taille, 55 centimètres.

Ventre météorisé; suppuration du tissu cellulaire sous-cutané de la partie inférieure de la jambe gauche; plus de taches hémorrhagiques à la peau; émaciation; anémie.

Thorax. Les deux poumons sont pâles et sains, crépitants; les bronches sont vides et décolorées; le cœur est d'une pâleur remarquable; hauteur, 3 centimètres et demi; largeur, 4 centimètres; canal artériel, longueur, 1 centimètre, non complétement oblitéré; il contient un peu de sang fluide.

Abdomen. La muqueuse de l'estomac est pâle et ferme; on ne trouve pas de follicules isolés ou agminés dans l'intestin grêle; le gros intestin est rempli d'un liquide jaune et de gaz. Il ne reste plus aucune trace de muguet dans toute l'étendue du tube digestif; le foie est d'un jaune clair, assez consistant; la vésicule est remplie d'une bile jaunâtre; la rate est de consistance ferme;

les reins sont tout à fait décolorés; l'ombilic est cicatrisé presque entièrement, il suppure un peu encore. Les artères ombilicales, près de l'ombilic et dans une étendue de 2 centimètres, sont remplies de pus et de caillots sanguins, puis ensuite d'un sang très-fluide ; elles sont perméables dans le reste de leur étendue. La veine ombilicale est souple et vide; ses parois sont rapprochées et son calibre est moins considérable que celui des artères.

Tous les tissus sout presque complétement décolorés.

Les faits relatifs à l'hémorrhagie qui a lieu par la cicatrice ombilicale sont trop peu nombreux, pour qu'il soit possible d'en établir l'histoire d'une manière définitive. Aussi devons-nous nous borner à quelques remarques, suggérées par les observations que nous avons rapprochées de la nôtre.

L'écoulement du sang se manifeste en général peu de temps après la chute du cordon ; cependant il est rare que ce soit immédiatement. Ainsi on l'a vu survenir sept jours (Jeunin), neuf jours (Villeneuve), onze jours (M. Dubois), treize jours après la naissance, comme dans notre observation, c'est-à-dire depuis quelques heures seulement jusqu'à plusieurs jours après la chute du cordon.

L'écoulement du sang se fait d'une manière plus ou moins intermittente. Il s'échappe en nappe ou en bavant. Je ne vois nulle part que l'on ait observé un jet artériel. Plusieurs fois, malgré les moyens les plus énergiques, malgré l'emploi du fer rouge, l'hémorrhagie a continué sa marche, et a conduit dans un court espace de temps à une terminaison fatale, ou bien elle s'est arrêtée, l'enfant a guéri et survécu comme dans le cas récemment publié par M. Jeunin, médecin à Voray. Enfin, lorsqu'on est parvenu à arrêter le cours du sang, l'enfant finit, au bout d'un temps plus ou moins long, par succomber dans un état d'anémie, à la suite du *purpura*. Tel est le fait de M. Dubois. Dans celui qu'on vient de lire, en même temps que le sang s'écoulait par l'ombilic, une hémorrhagie avait lieu par la paupière, des taches noirâtres paraissaient sur les gencives et la face interne des joues, de larges ecchymoses s'étendaient en différents points de la peau. Après la disparition du pourpre, le muguet parut ; puis un abcès considérable se forma à l'une des jambes, et la mort arriva au bout de vingt-cinq jours.

On a cherché à apprécier les causes de cette hémorrhagie, et chacun l'a fait à sa manière. M. Richard (de Nancy) suppose que, dans les cas où le cordon a été coupé trop près de l'ombilic, la chaleur de l'abdomen, l'action de la circulation étendue jusqu'aux

bords de la section, peuvent empêcher la cicatrisation des artères: il se demande également si on peut l'attribuer à ce que le sang est, dans ce cas, moins coagulable.

M. Villeneuve, ayant observé un fait de ce genre chez un enfant qui avait un endurcissement du tissu cellulaire, a pensé que, l'accumulation de sérosité dans la partie inférieure des parois abdominales déterminant une compression des artérioles qui pénétrait les parois, ces ramifications vasculaires n'ont pu recevoir le sang qui les pénétrait ordinairement, et que ce liquide, refoulé vers les branches très-considérables, a afflué en plus grande quantité dans les artères ombilicales.

Toutes ces explications pourraient tout au plus s'appliquer à des cas spéciaux ; cependant le défaut de coagulabilité du sang paraît mieux que toute autre cause rendre compte de l'apparition et de la persistance de l'hémorrhagie. Il est bon de remarquer que deux enfants, chez lesquels on était parvenu à arrêter l'écoulement du sang par l'ombilic, ont succombé plus tard à un *purpura*, que celui que nous avons observé a eu des hémorrhagies par différents points.

Faut-il supposer que l'altération du sang était primitive dans ces cas, et doit-elle être regardée comme la cause de l'hémorrhagie, ou bien en était-elle simplement la conséquence ? C'est ce que nous ne saurions décider.

A l'autopsie, on trouve ordinairement l'ombilic cicatrisé, la veine ombilicale oblitérée, les artères béantes ; le plus souvent une seule est perméable, et c'est ordinairement la droite. Dans notre observation, il faut remarquer qu'il existait une double artérite ombilicale, caractérisée par la présence de pus et de caillots dans une étendue de 2 centimètres ; lésion rarement décrite, et dont j'ai déjà cité un exemple. (*Mémoire sur la péritonite* ; *Archives*, août 1846, p. 407.)

Presque tous les moyens employés ont échoué : l'usage intérieur et extérieur des hémostatiques, de l'alun, de l'oxycrat, de la colophane, des poudres absorbantes, de la glace, les cautérisations avec la potasse, le nitrate d'argent, avec le fer rouge, la compression faite de différentes façons, avec des compresses coniques maintenues par le sparadrap de diachylon, comme l'a conseillé Underwood ; avec le doigt et prolongé pendant trente heures, comme l'a fait M. Richard (de Nancy). Tous ces moyens n'ont point paru avoir une grande efficacité ; et bien que quelques-uns aient paru diminuer et même arrêter l'hémorrhagie après avoir été longtemps prolongés, ils sont trop peu fidèles pour qu'on perde un temps précieux en insistant sur leur emploi.

On sera peu disposé à avoir recours, ainsi qu'on l'a proposé, à la ligature des artères ombilicales faite par une incision pratiquée sur les parois du ventre. La ligature du tubercule de la cicatrice ombilicale a seule donné des résultats satisfaisants, jusqu'à présent du moins.

M. le professeur Dubois traversa avec une épingle le tubercule saignant juste à sa base, et fit au-dessous une ligature double. Le sang ayant reparu, l'épingle fut soulevée, et la ligature comprit le tubercule tout entier et la portion de la peau qui entoure la base du cordon; elle fut serrée ensuite à deux reprises, et enlevée au bout de sept jours avant la section complète des parties.

M. Jeunin suivit un procédé analogue : il employa une aiguille à coudre ; il ne l'enfonça point à la base du tubercule, et ne prit qu'un tiers environ de sa hauteur. L'aiguille tomba le quatrième jour.

En présence d'un accident aussi grave que celui qui nous occupe, le praticien ne doit donc point hésiter à mettre immédiatement en usage la ligature, sans tenter les autres moyens hémostatiques que nous avons mentionnés, et dont on a reconnu l'insuffisance.

---

22. *Huit grossesses successives compliquées de démangeaisons assez fortes pour déterminer des accouchements prématurés* ; observation présentée à l'Académie de médecine, par G.-E. Maslieurat-Lagémard, du Grand-Bourg (Creuse), docteur en médecine, ancien interne et lauréat des hôpitaux, de Paris, etc.

(Gazette médicale de Paris, N° 12; 1848.)

Obs. — Mme D., âgée de 32 ans, est petite, mince, d'un tempérament nerveux. Elle est habituellement bien portante et bien réglée ; elle est blonde ; elle a la peau blanche et très-belle, et sur aucune de ses parties elle n'a jamais remarqué la plus légère éruption.

Elle est devenue enceinte pour la première fois à l'âge de 21 ans. Cette grossesse, comme toutes celles qui ont suivi, s'annonça par la cessation des menstrues, par du malaise, du dégoût, des envies de vomir, des vomissements rares. Tous ces légers accidents, qui le plus souvent sont inhérents à la grossesse, se dissipèrent promptement, et au bout de six semaines ou deux mois, Mme D... mangea et se porta aussi bien qu'elle l'avait fait jusqu'alors.

Elle ne s'apercevait pour ainsi dire pas de sa grossesse, lorsqu'au sixième mois, et sans aucune cause appréciable, elle commença à éprouver des démangeaisons assez vives qui se manifestèrent presque instantanément sur toute l'étendue de la peau:

les jambes, les cuisses, les parties génitales, tout le tronc, le cou, la face, le cuir chevelu, les membres supérieurs, rien n'y fut soustrait, si ce n'est toutefois la paume des mains ; peu à peu ces démangeaisons devinrent de plus en plus vives et sur toutes les parties en même temps. Vers le huitième mois (elles duraient alors depuis six ou sept semaines), elles se manifestèrent dans la paume des mains, et en même temps sur les parois abdominales, mais avec une intensité telle que Mme D... exerçait des frottement assez forts pour se déchirer la peau. Ces frottements involontaires des mains sur le ventre, parties les plus douloureuses, furent poussés au point qu'ils déterminèrent un accouchement prématuré qui eut lieu à *huit* mois, huit jours environ après que les démangeaisons eurent envahi la paume des mains.

L'enfant était mort.

A peine fut-elle délivrée qu'elle fut en même temps délivrée presque instantanément des douleurs si violentes que lui avaient causées ces démangeaisons ; et à dater de ce moment, elle n'en ressentit plus la plus légère atteinte.

Pendant toute la durée de sa grossesse, et pendant que ces démangeaisons si vives la tourmentaient à un si haut degré, la peau conserva sa transparence, sa blancheur et sa couleur naturelles. On ne remarqua sur aucune partie du corps le moindre changement de couleur, ni le plus léger bouton.

Mme D... qui, depuis son accouchement n'avait plus ressenti rien d'anormal dans son état, peu de temps après devint enceinte pour la deuxième fois. Pendant les six premiers mois, elle n'éprouva rien de particulier, si ce n'est les légers accidents que j'ai signalés à sa première grossesse.

Vers le sixième mois, les démangeaisons qui avaient paru à la même époque de sa première grossesse se manifestèrent de nouveau avec des caractères complétement identiques. Toute la surface de la peau devint douloureuse, sans trace ni d'inflammation ni d'éruption aucune. La paume des mains fut seule exceptée comme la première fois. Au bout de cinq semaines, la paume des mains commença à devenir douloureuse : la douleur des parois abdominales augmenta en même temps d'intensité, et huit jours après, cette douleur fut assez vive pour déterminer un accouchement qui eut lieu à sept mois et demi. L'enfant était mort.

A peine délivrée, tout ce cortége de douleurs cesse immédiatepour ne plus reparaître. Aucun accident ne vient compliquer les suites de couches.

La troisième grossesse fut plus heureuse. Sans changer de régime ni de manière de vivre, elle parvint jusqu'à huit mois et

demi sans rien éprouver. A cette époque, les démangeaisons apparaissent avec les mêmes symptômes qu'aux deux grossesses précédentes; mais comme il leur avait fallu deux mois à la première et six semaines à la seconde, pour arriver à leur période, le terme de la grossesse et l'accouchement naturel s'opposèrent à cette progression régulière. La paume des mains ne devint pas douloureuse comme antérieurement, et Mme D... attribua cette absence de douleur à l'apparition plus tardive de cet état si particulier.

Aussitôt après l'accouchement, tout rentra dans l'ordre ordinaire.

L'enfant, bien conformé, vint vivant et vécut.

La quatrième grossesse fut en tout point semblable aux deux premières. A six mois, apparition des démangeaisons; accouchement à sept mois et demi ; mort de l'enfant.

La cinquième grossesse ressemble à la troisième ; les démangeaisons ne commencent qu'à huit mois et demi ; elles n'ont pas le temps d'acquérir leur intensité habituelle. L'accouchement a lieu à terme ; l'enfant vit encore.

A la sixième grossesse, les démangeaisons apparaissent à six mois ; elles durent deux mois ; elle accouche à huit ; l'enfant ne vit que quelques jours.

Elle est devenue enceinte pour la septième fois le 1er décembre 1845 ; les démangeaisons n'apparaissent qu'à sept mois et demi ; elle accouche le 17 août, à huit mois et demi. L'enfant était mort. Elle ne sentait plus remuer depuis huit ou dix jours. Malgré leur moindre durée, les démangeaisons suivirent leurs phases habituelles. La paume des mains devint douloureuse quelques jours avant l'accouchement.

La huitième grossesse date du 8 décembre 1846. Les démangeaisons surviennent à sept mois; elle accouche à huit mois et demi. L'enfant ne vit que quelques jours.

Pour résumer et embrasser d'un coup d'œil les diverses périodes de ces grossesses successives, je les réunirai dans le tableau suivant :

1re grossesse.	Apparition des démangeaisons :			6 mois.	Accouchement :	8 mois.
2e	id.	id.	id.	6	id.	7 1/2
3e	id.	id.	id.	8 1/2	id.	à terme.
4e	id.	id.	id.	6	id.	7 1/2
5e	id.	id.	id.	8 1/2	id.	à terme.
6e	id.	id.	id.	6	id.	8
7e	id.	id,	id.	7 1/2	id.	8 1/2
8e	id.	id.	id.	7	id.	8 1/2

Quel est le siége et quelle est la nature de cette singulière

affection ? La blancheur, la transparence, la belle conformation de la peau doivent éloigner toute idée d'une altération quelconque de cette enveloppe, et il ne reste pour s'en rendre compte qu'une modification toute spéciale des centres nerveux sensitifs.

L'état de grossesse implique en soi toute idée d'aberration quelle qu'elle soit du système nerveux, et c'est à des modifications toutes spéciales de ce système qu'il faut rapporter ces goûts, ces habitudes, ces appétits, ces penchants si divers, qui s'observent si souvent chez des femmes qui ne les avaient jamais ni pressentis ni vus.

La haute position sociale de l'une, son éducation brillante, tout ce que la fortune et le monde peuvent lui prêter de plaisir et de bonheur, sont instantanément détruits par un penchant irrésistible au vol qu'il faut satisfaire publiquement et sans y comprendre l'idée du mal. Ce penchant trahit la grossesse : il dure autant qu'elle ; l'accouchement y met un terme et ramène dans le cœur de la femme la probité la plus pure qui n'avait été que momentanémeut perdue.

La vie calme et paisible de l'autre est remplacée par une activité tout inverse, et aux penchants de laquelle succèdent des aversions limitées comme la cause qui les a fait naître.

Celle-ci ne peut satisfaire ses appétits que par les aliments qui ne lui inspirent que de la répugnance dans l'état de vacuité, et il ne faut à celle-là que le spectacle de la destruction et de la douleur, pendant que, dans le cours habituel de la vie, elle ne se fait remarquer que par sa douceur et son esprit de conservation.

Tous ces changements si profonds et si instantanés de l'organisation par suite de la plénitude de l'utérus ne sont dus qu'à cette modification toute spéciale des organes intellectuels ; tous impriment leurs modifications sur le moral et l'intelligence sans affecter ni le mouvement ni la sensibilité.

Chez Mme D..., au contraire, les goûts, les habitudes sont les mêmes ; l'appétit, la santé générale ne sont en rien modifiés ; la sensibilité tactile est seule exaltée, à partir d'un développement donné de l'utérus jusqu'à l'instant où, revenu à son volume primitif, il n'exerce plus cette influence sur la faculté sensitive qui reprend immédiatement son rhythme accoutumé.

Cette aberration, cette surexcitation du fluide nerveux sensitif sont-elles suffisantes pour se rendre compte du phènomène dont j'ai décrit le début, la marche et la disparition ?

Je livre ces faits à ceux qui pourront les comprendre. Quant à

moi, je préfère convenir avec franchise qu'ils ne satisfont nullement mon esprit.

Ce problème à résoudre n'est cependant pas aussi indifférent qu'on pourrait le croire de prime abord. De cette solution doit résulter, en effet, une application méthodique de soins, soit pour prévenir une affection si fâcheuse pour Mme D..., soit pour la combattre lorsqu'elle se sera développée de nouveau.

Quels devaient être les moyens à employer pendant son affection ? quels sont ceux qui ont été mis en usage, et que faudra-t-il faire en admettant qu'elle apparaisse de nouveau ?

Pendant les deux premières grossesses, Mme D... n'a consulté personne ; elle n'a rien fait qui pût faire cesser les démangeaisons qui la faisaient si cruellement souffrir. A la troisième, elle a fait usage d'eau de Vichy ; mais elle n'a commencé que lorsqu'elle entrait dans le neuvième mois. Il y avait huit jours environ qu'elle prenait de l'eau de Vichy, lorsqu'à huit mois et demi les démangeaisons sont survenues ; mais elle n'en prend ni à la quatrième grossesse qui se termine à sept mois et demi, ni à la cinquième qui arrive à terme, et pendant laquelle les démangeaisons n'ont paru comme à la troisième, qu'à huit mois et demi.

J'ai été consulté pour la première fois à la sixième grossesse, et lorsque j'ai vu Mme D..., elle croyait être enceinte de six mois et demi ; les démangeaisons duraient depuis quinze jours.

Alors l'état général de la santé était excellent, toutes les fonctions se faisaient comme dans l'état le plus régulier ; le pouls était petit, comme il l'est habituellement chez cette femme qui est d'une constitution frêle et délicate ; la peau était remarquablement belle : aucune trace d'éruption cutanée ni de congestion sanguine ; l'appétit était conservé et les digestions étaient bonnes.

J'employai simultanément et tour à tour les bains simples et alcalins, des frictions ammoniacales camphrées sur la colonne vertébrale, des préparations d'opium, de bismuth, de valériane, de jusquiame, de belladone ; tout fut complétement inutile : les démangeaisons ne furent pas modifiées un seul instant ; elles suivirent très-identiquement la marche qu'elles avaient parcourue pendant les deux premières grossesses, et Mme D... accoucha à huit mois.

Pendant mon internat à la clinique d'accouchement, n'ayant jamais observé ni entendu décrire un état si singulier à mon excellent maître et ami, M. le professeur P. Dubois ; comptant plus sur sa vaste expérience que sur la mienne et désireux de connaître les moyens qu'il aurait mis en usage en pareille occurrence, je lui fis part de cet état en le priant de m'indiquer ce

qu'il me restait à faire. A tous les moyens que j'avais employés, il ajoutait la saignée. Je dois dire que j'avais eu souvent cette pensée, mais que j'avais été retenu par les considérations suivantes : la faible constitution et le tempérament de cette femme, sa pâleur habituelle, la petitesse de son pouls et l'absence totale de symptômes annonçant une surabondance de sang. Je craignais enfin que si, avec ces symptômes presque anémiques, je pratiquais une ou plusieurs saignées, et si à leur suite il survenait quelque accident fâcheux, cet accident ne fût attribué par la famille ou par d'autres aux saignées pratiquées dans de telles conditions. Mais fort de l'avis de mon maître, il ne devait plus y avoir pour la suite d'hésitation pour moi.

Elle est devenue enceinte pour la septième fois le 1er décembre 1845. A partir du sixième mois et avant l'apparition des démangeaisons, j ai employé de nouveau les bains, les narcotiques, les frictions calmantes, les antispasmodiques, l'eau de Vichy ; tous les quinze jours j'ai pratiqué une saignée ; elle a été saignée cinq fois pendant sa grossesse.

Malgré ces moyens si énergiques pour une constitution si frêle, les démangeaisons n'en sont pas moins survenues à sept mois et demi, et le 17 août, elle est accouchée d'un enfant mort ; elle ne sentait plus remuer depuis huit ou dix jours.

Elle devint enceinte le 8 décembre 1846 pour la huitième fois ; elle suivit un régime doux sans employer de traitement actif. Au commencement de juillet, à sept mois, les démangeaisons apparaissent ; elle croit remarquer que l'eau froide les calme ; je lui fais prendre deux bains froids par semaine.

Quelque temps après, elle m'apprend que son père avait eu une dartre ; cette révélation me remplit d'espérance ; je crus à la possibilité d'un vice herpétique ne manifestant sa présence que par des symptômes généraux, d'une nature toute spéciale et n'apparaissant que dans des conditions données, exigeant en quelque sorte pour manifester son action certaines conditions dans le volume de l'utérus, se développant avec lui et disparaissant par la vacuité et le retrait de cet organe. J'espérai par un révulsif cutané fixer cette affection erratique, et dans ce but je fis appliquer un large vésicatoire au bras. Soit qu'il ait été mal appliqué et mal entretenu, soit qu'il l'ait été trop tard, toujours est-il que ni lui, ni les bains froids n'ont produit ce que j'en attendais, car les démangeaisons ont suivi leur marche ordinaire, et Mme D... est accouchée à huit mois et demi. Son enfant n'a vécu que quelques jours.

Ai-je employé rationnellement tous les moyens propres à com-

battre cette affection si singulière et en même temps si préjudiciable à Mme D... ? Je le crois ; et si j'émets cette assertion avec tant de sécurité, c'est qu'indépendamment de ce que j'ai pu faire, j'ai grande confiance dans l'expérience, l'habileté et la pratique de mon excellent maître, M. le professeur P. Dubois : son avis était le mien.

J'espérais, à la dernière grossesse, de l'application d'un vésicatoire ; je dois dire qu'il a été tardivement appliqué.

Si Mme D... redevient euceinte, que me restera-t-il à faire ? Dès le début, appliquer un large vésicatoire et l'entretenir, faire suivre un traitement antiherpétique ?... ensuite ?... C'est ce que j'ignore, et c'est ce que je demande aux hommes éminemment compétents qui composent l'Académie, et auxquels j'ai l'honneur de soumettre cette observation. J'espère que leur expérience sera plus heureuse que la mienne, et qu'avec le concours de leurs conseils, je pourrai diminuer les souffrances de cette malheureuse mère et parvenir à lui conserver ses enfants, qu'elle a la douleur de voir toujours mourir. Sur huit, il lui en reste *un* : qu'on juge de son effroi !

MALADIES DES FEMMES. — 23. *Thérapeutique des maladies des femmes, liées à un écoulement;* par le docteur GIBERT, médecin à l'hôpital Saint-Louis.

(Bulletin général de Thérapeutique ; janvier 1848)

Dans un Mémoire publié, il y a deux ans, je résumais de la manière suivante mon opinion sur ce genre de maladies :

« Les affections utérines, dont on a, depuis une vingtaine d'années, si ridiculement exagéré la fréquence et l'importance, se réduisent chez la plupart des femmes (qui ne sont atteintes ni de cancer, ni de tumeurs de diverse nature) : 1° ou à des maladies *vénériennes* (ulcères, soit *primitifs*, soit *consécutifs* du col de l'utérus, ou suites de *blennorrhagie*) ; 2° ou à des *leucorrhées*, qui tantôt ne sont qu'un épisode insignifiant d'un état général auquel le médecin doit ses principaux soins, et tantôt au contraire ont une influence prédominante qui peut devenir la source de divers accidents nerveux plus ou moins généraux, ou se borne à déterminer des incommodités locales. A cette dernière catégorie doivent encore être rapportés ces cas de congestion passive du col, d'ulcères accidentels, de prolapsus utérin, qui se rattachent le plus ordinairement aux suites de l'accouchement. »

Le cas suivant est un exemple frappant d'*ulcère vénérien* blennorrhagique du col de l'utérus :

Une jeune dame, mère d'un enfant de huit ans, douée d'une bonne santé générale, éprouvait depuis un an environ des dérangements menstruels, de la leucorrhée, de la pesanteur dans le bassin, sans que ces accidents l'eussent sensiblement inquiétée. Mais, ayant été adressée par son mari, homme de mœurs suspectes et affecté plusieurs fois d'écoulements, au chirurgien célèbre qu'il avait consulté lui-même dans ces diverses occasions, elle apprit de ce chirurgien qu'elle avait un ulcère, mais que cet ulcère ne reconnaissait point de cause spéciale et céderait uniquement à la cautérisation. Dès lors, de vives inquiétudes assiégèrent l'esprit de cette dame, et son imagination frappée lui fit croire à une augmentation de douleurs qui accrut encore ses alarmes. Deux cautérisations faites avec le nitrate acide de mercure, à six semaines de distance, n'amenèrent aucune amélioration; alors la malade vint me consulter, se croyant en proie à une affection incurable. L'utérus, examiné au *spéculum*, m'offrit l'*érosion granulée* circulaire dont j'ai décrit ailleurs les caractères, c'est-à-dire, une ulcération superficielle, rouge, légèrement grenue, occupant les deux lèvres du museau de tanche, ulcération circonscrite par un limbe circulaire bien tranché. Je rassurai pleinement la malade en lui promettant une guérison certaine dans l'espace de deux ou trois mois, et en lui révélant d'ailleurs la nature *spécifique* de son mal, ce qui lui ôta toute crainte d'affection cancéreuse.

L'administration de mon *sirop de deuto-iodure ioduré* à l'intérieur, et deux injections par jour avec l'*alcoolé tannique* (je reviendrai tout à l'heure sur ces deux précieux médicaments) amenèrent une guérison complète et radicale en moins de deux mois, sans qu'il fût besoin de recourir à aucune application caustique.

Voici maintenant un exemple de *blennorrhagie* simple :

Une femme, âgée de cinquante-trois ans, ne voyant plus ses règles depuis quatre ans, contracta, à la suite d'un rapprochement suspect, un écoulement qui datait de trois semaines lorsque je l'examinai, et qui s'accompagnait de souffrances génitales et pelviennes vagues ; dans les premiers jours, il y avait eu de plus des cuissons en urinant. Une matière laiteuse sortait assez abondamment de l'orifice uréthral, lorsqu'on appuyait sur la partie inférieure du canal avec le doigt introduit à l'entrée du vagin. Celui-ci était resté sain et exempt de sécrétion ; mais le méat utérin fournissait un écoulement blanchâtre et lactescent assez analogue à celui observé au méat urinaire. Le col de l'utérus était un peu rosé, d'ailleurs petit et virginal (cette femme n'avait jamais eu d'enfant, et depuis la cessation des règles, elle n'avait

point eu de flueurs blanches). Quinze jours d'un traitement, simplement antiphlogistique (nitrate de potasse à l'intérieur, bains de siége et injections émollientes) amenèrent la guérison.

Chez une autre femme qui présentait le même écoulement uréthro-utérin, qu'elle distinguait fort bien des flueurs blanches auxquelles elle avait été plusieurs fois sujette, la blennorrhagie uréthrale durant la période aiguë se compliqua, comme cela se voit assez souvent chez l'homme, d'un peu d'écoulement de sang par le canal urinaire.

La blennorrhagie persistant après la période aiguë fut combattue avec succès par les dragées Fortin (baume de copahu et cubèbe), qui supprimèrent promptement l'écoulement uréthral et agirent un peu plus lentement sur l'écoulement utérin.

La *leucorrhée*, qu'il devient impossible, chez la plupart des femmes, de distinguer sûrement de l'écoulement utérin, qui peut persister plus ou moins longtemps après la cessation de tout écoulement uréthral, dans la période chronique de la blennorrhagie comparable à la blennorrhée de l'homme; la leucorrhée, dis-je, ou catarrhe utérin, est le genre d'écoulement qui doit ici fixer notre attention d'une manière particulière.

Le cas suivant offrira l'exemple d'une leucorrhée exempte de toute altération de la santé générale, et remarquable en ce qu'un traitement local énergique (cautère actuel) exaspéra le mal qui céda au contraire promptement aux remèdes simples dont j'use ordinairement en pareille occurrence.

Une femme, âgée de trente-trois ans, non mariée, et n'ayant jamais eu d'enfant, avait été regardée comme atteinte de *métrite* grave, et traitée par un chirurgien éminent, qui avait jugé nécessaire la cautérisation du col de l'utérus avec le fer rouge. L'application du fer rouge avait été faite à trois reprises, à deux semaines environ de distance, et chaque fois elle avait été suivie de métrorrhagie. La leucorrhée avait d'ailleurs persisté, accompagnée d'un sentiment de pesanteur et d'embarras dans la marche et les exercices corporels.

Le col de l'utérus (virginal) était gonflé, turgescent, un peu violacé, et offrait les cicatrices encore appréciables, quoique superficielles, auxquelles avait donné lieu la cautérisation.

Le repos, les douches ascendantes froides, les injections à l'*alcoolé tannique*, plus, quelques bains sulfureux, déterminèrent, en cinq semaines, la résolution de la congestion utérine et la cessation de la leucorrhée.

La diathèse *dartreuse* est une cause assez commune de leucorrhée. Chez une jeune dame lymphatique, mariée depuis dix-huit

mois, sujette à la gourme dans son enfance, nous vîmes ainsi une leucorrhée purulente et inflammatoire, à son début, succéder à une éruption d'*ecthyma* ulcéreux. Lorsque nous examinâmes la malade au *spéculum*, le catarrhe utérin datait déjà de trois mois. La matière de l'écoulement était puriforme et venait baigner les parties externes ; il prenait sa source au col utérin, lequel, petit et virginal, mais assez fortement rougi, ainsi que le fond du vagin, n'était d'ailleurs ni tuméfié, ni granuleux, ni ulcéré. Les bains sulfureux, avec injections-douches de même nature dans le bain, l'iodure de potassium à l'intérieur, un régime substantiel, rétablirent complétement la santé générale qui était affaiblie et altérée, mais ne purent guérir le catarrhe utérin. Après deux mois environ de ce traitement, on en vint aux injections d'*acoolé tannique*, qui eurent les plus heureux résultats.

La diathèse *goutteuse* et *rhumatismale* est encore une cause de leucorrhée (ordinairement accompagnée de congestion du col de l'utérus et de douleurs pelviennes.

J'ai vu plusieurs fois la névralgie sciatique, des douleurs articulaires des extrémités, et autres accidents névralgiques et goutteux, succéder, chez des femmes pléthoriques et ayant dans leur famille des antécédents goutteux, à la suppression de la leucorrhée, ou bien alterner avec le catarrhe utérin. Ce sont les cas de ce genre qui avaient fait donner à la maladie le nom de *rheuma uteri* par quelques auteurs des dix-septième et dix-huitième siècles.

La *mélancolie* et l'*hystérie*, surtout chez les femmes qui ont été vivement impressionnées par les conseils de quelques hommes de l'art, trop disposés à exagérer l'importance et la fréquence des affections utérines, même les plus innocentes, deviennent fréquemment une source d'accidents nombreux avec lesquels peut coexister la leucorrhée, et c'est alors que le diagnostic et la thérapeutique se ressentent des appréciations diverses des médecins ou des chirurgiens consultés. Je ne saurais dire combien de fois, appelé à me prononcer sur la nature de ces accidents, je n'ai pu m'empêcher d'établir une étiologie, un diagnostic et une thérapeutique tout à fait en opposition avec les arrêts portés par des confrères imbus des préjugés qui ont régné presque généralement sur ce sujet, il y a une douzaine d'années, et qui sont encore loin d'être dissipés.

Souvent j'ai réussi à chasser les inquiétudes des malades et à guérir, ou du moins à améliorer la leucorrhée et la névrose coexistante par les sédatifs astringents, le régime, la distraction, les bains de mer, et autres agents propres à fortifier et

à régulariser le système nerveux ; mais il est des cas aussi où le moral fortement ébranlé, et la constitution affaiblie et détoriorée, ont rendu vains tous mes efforts. Un des plus tristes exemples de ce genre est le suivant : il y a quelques années, je fus mandé chez une demoiselle âgée de trente-cinq ans, que l'on m'avait adressée de la province comme arrivée au dernier terme d'une maladie de matrice qui la réduisait au désespoir, et qui, disait-on, ne lui avait permis qu'à grand'peine de supporter le voyage de Paris.

Cette personne avait reçu antérieurement les soins de plusieurs médecins éminents de la capitale et de la province ; tout l'arsenal de la thérapie utérine des modernes avait été déployé : repos horizontal, pessaires, injections, sangsues au col de l'utérus, cautérisations du museau de tanche, etc. Le diagnostic n'avait pas toujours été précisé par les consultants: les uns s'étaient bornés à la désignation vague de *métrite* chronique, d'autres avaient parlé de *prolapsus*, *antéversion*, *ulcérations*, *granulations*, etc.

Je ne trouvai rien autre chose qu'un peu de leucorrhée insignifiante. La matrice petite, virginale, très-mobile, ne présentait aucune altération..., et cependant la malade, pâle, maigre, faible, profondément mélancolique, accusait une vive sensibilité au toucher, des douleurs dans les lombes, dans les aines, à l'hypogastre, dans les cuisses ; elle avait la triste conviction de l'existence d'une maladie grave et incurable de l'utérus, elle en perdait l'appétit et le sommeil..., et malgré tous mes raisonnements, je ne pus parvenir à combattre cette *monomanie*. J'obtins seulement que cette pauvre femme fît quelques efforts pour manger et pour prendre de l'exercice. Quant aux remèdes fortifiants et antispasmodiques que je lui conseillai, elle ne s'y soumit qu'avec répugnance, et ne les employa que fort irrégulièrement. Il est à remarquer que les menstrues étaient restées régulières, ce qui ne s'accordait guère avec l'existence d'une lésion grave de l'utérus.

Au contraire, chez les femmes dont la santé générale offrait encore quelque résistance, et surtout chez celles que le raisonnement pouvait convaincre de l'inanité des craintes qui leur avaient été suggérées, soit par l'imitation, soit par les avis mal interprétés de quelques hommes de l'art, j'ai toujours réussi, à l'aide du traitement sédatif et astringent, à dissiper la leucorrhée et les accidents nerveux qui étaient venus s'y joindre, ou du moins à obtenir qu'ils devinssent tolérables au point de ne nuire en rien à la santé et au bonheur domestique. Ma clinique de l'hô-

pital Saint-Louis, et la pratique de quelques-uns de mes honorables confrères de Paris et de la province, me fourniraient facilement des exemples à l'appui de mes assertions, que je n'ai pas craint d'ailleurs de produire dans mainte occasion solennelle et publique.

Mais, je dois aller plus loin encore et ne pas craindre d'énoncer franchement mon opinion, non-seulement sur la fréquence des cas de *névrose* rattachés à tort à une lésion utérine, mais encore sur l'influence *pathogénique* du moral qui peut simuler aux yeux de la malade et même à ceux du médecin une utéropathie qui n'existe réellement pas (au moins à l'état matériel appréciable et attaquable par les pratiques spéciales généralement employées par les chirurgiens) ; bien plus, qui, dans quelques circonstances particulières, peut provoquer le développement de lésions organiques dont on n'aurait probablement pas eu sans cela à craindre l'explosion.

Le médecin philosophe et observateur ne saurait trop méditer le passage suivant de *Van Swieten*, que j'ai déjà eu plus d'une fois l'occasion de rappeler, et qui donne une idée si juste de l'influence du moral sur le physique :

« L'homme, comme l'enseigne la physiologie, est composé de deux parties distinctes quoique unies entre elles, le corps et l'esprit ; différentes par leur nature, ces deux parties du même tout se comportent à l'égard l'une de l'autre, comme le prouve l'observation, de telle sorte que, suivant les paroles de Boerhaave (*Inst. méd.*), les diverses émotions morales se joignent constamment à des conditions corporelles déterminées ; et que, d'autre part, ces mêmes impressions morales, sans changement matériel préexistant, si elles sont profondes et persévérantes, entraînent à leur suite la production d'un état organique analogue à celui qui, s'il avait préexisté, aurait dû provoquer les mêmes conditions morales. Et bien que, d'après ce que nous savons de l'esprit et du corps, il n'y ait pas d'explication rationnelle qui puisse nous rendre un compte satisfaisant de cette influence réciproque, cependant l'observation prouve qu'elle est réelle (et que des effets matériels résultent des impressions morales, et *vice versâ*).

Sanctorius, dans ses expériences de statique animale, nous a appris que la liberté de la transpiration développe l'hilarité de l'esprit, et que la gaieté, à son tour, provoque la transpiration. Au contraire, la suppression de la transpiration amène un sentiment de lourdeur et de tristesse, tandis que, d'autre part, si une triste nouvelle vient frapper l'esprit, la transpiration se supprime, et le corps est allourdi. Lorsqu'une femme est prise d'un

accès hystérique, souvent l'estomac se gonfle avec grande anxiété et une émotion si triste et si pénible, qu'il en naît quelquefois le dégoût de la vie : la solution du spasme, suivie d'éructation gazeuse, fait cesser l'angoisse morale et rend la sérénité à l'esprit. Réciproquemment, si une femme hystérique vient à éprouver subitement une forte peine morale, elle éprouve, par le fait seul de l'agitation de l'esprit, les mêmes accidents physiques que nous avons signalés. L'inflammation des méninges du cerveau change l'homme le plus calme en un frénétique furieux, qui se jette avec emportement sur tous ceux qui se présentent. D'autre part, un mouvement de colère provoque souvent une méningite mortelle. Beaucoup d'autres exemples viendraient à l'appui de mon assertion, mais ceux que j'ai rappelés suffiront. La même chose est manifeste dans la mélancolie. Lorsqu'en effet une idée fixe (de nature triste) occupe habituellement l'esprit, on voit se produire cette cachexie humorale particulière, que les anciens désignaient sous le nom d'*atrabile*, et, par contre, lorsque cette condition matérielle existe de prime abord, elle produit l'idée fixe, à laquelle, malgré tous ses efforts, le mélancolique ne peut se soustraire (1). »

Les sophismes de Cabians, de Georget et de quelques autres écrivains modernes, les déductions anatomiques des *organiciens* de nos jours me paraissent bien peu propres à faire oublier ce langage si simple et si naïf fondé sur la véritable observation médicale. Combien d'exemples, chez les femmes surtout, la clinique bien interprétée n'offre-t-elle pas aux praticiens de l'influence pathogénique du moral !

C'est donc faire déjà beaucoup pour le soulagement des malades, que de chasser la triste préoccupation d'esprit qui tend à entretenir et même à provoquer des accidents morbides. J'ai vu des femmes traitées de prétendues lésions de l'utérus, que cette seule préoccupation morale avait réduites à un état véritable de marasme et de cachexie, et qui sont revenues à la santé lorsqu'on leur a fait cesser le traitement qui entretenait leurs craintes, en occupant sans cesse leur esprit du danger attaché aux maladies graves de la matrice.

Lors donc qu'il n'existe, comme c'est le cas le plus commun, qu'une leucorrhée liée à un peu de congestion passive du col utérin, avec fatigue, pesanteur, et quelques accidents nerveux sympathiques, dont le plus important et le plus fréquent est un degré plus ou moins prononcé de *gastralgie*, voici quel est le plan de conduite qui me paraît le plus propre à dissiper ces acci-

(1) *Comment. Aph. Boer.*, De Melancholiâ.

dents, en même temps qu'il offre le moins le danger que j'ai signalé de donner à la malade des craintes exagérées sur son état.

1° *Usage quotidien de bains de siége froids.* Ces bains de siége doivent durer environ dix minutes. On se recouche durant un quart d'heure après le bain de siége (pris ordinairement le matin), afin de bien sécher la peau.

J'ai vu ce seul remède, si simple et si innocent, dissiper comme par enchantement les douleurs quelquefois assez vives, jointes à une congestion passive de l'utérus accompagnée de leucorrhée, surtout à la suite de l'accouchement. Bien entendu, toutefois, que, dans les circonstances communes, on n'a recours à ce moyen que quelques semaines après les couches.

Dans tous les cas de *leucorrhée* chez les femmes nerveuses et lymphatiques, le bain de siége froid a les plus heureux résultats.

2° *Injections froides astringentes.* Le vinaigre rosat et l'*alcoolé tannique* sont les deux astringents que j'associe le plus ordinairement à l'eau froide, dans la proportion d'un dixième environ et souvent moins. L'*alcoolé tannique*, préparation aromatique de poudre de noix de galle saturée d'alcool dans l'appareil dit en pharmacie *appareil à déplacement*, a été l'objet d'une notice insérée dans le *Bulletin de thérapeutique* en 1837 (1). Cette préparation énergique, et dont je ne saurais assez vanter les bons effets, avait été faite sur mes indications, à l'imitation d'une formule qui m'avait été communiquée par un empirique pour en faire l'essai dans mon service de l'hôpital de l'Ourcine en 1836. Depuis onze ans, je n'ai cessé de l'appliquer avec fruit dans cet hôpital, puis dans mes salles de l'hôpital Saint-Louis et dans la pratique de la ville. J'ai publié de nombreux faits concluants à l'appui de l'utilité de ce remède contre la leucorrhée, le relâchement utérin, la congestion passive du col, et même les ulcérations de cette partie.

Les injections doivent être faites, non pas avec les petites seringues à courant continu, qui n'ont aucune force de projection, ni avec des canules qui se terminent par une olive percée de trous, mais avec une seringue à quart de lavement ordinaire, à canule courbe, percée d'une seule ouverture directe, que l'on surmonte d'une courte canule en gomme élastique percée de même d'un seul trou. Après l'avoir bien huilée, la femme introduit lentement cette canule dans le vagin, aussi haut qu'il lui est possible, sans faire d'effort, puis elle pousse l'injection avec un peu de force pour qu'elle aille frapper le col de l'utérus.

Je me borne le plus ordinairement à deux injections par jour.

(1) Tome XI, page 318.

3° *Douches ascendantes froides.* Ces douches, tellement abandonnées lorsque je suis venu les remettre en vigueur, qu'elles n'existaient ni à l'hôpital de l'Ourcine, ni à l'hôpital Saint-Louis, peuvent s'administrer à l'aide de divers appareils. Le plus simple et le plus commode, en ville, consiste dans l'addition d'un tuyau élastique convenable à l'instrument nouveau qui a à peu près la forme d'un corps de seringue ordinaire en cuivre, et qui est usité pour lavements et pour injections dans plusieurs hôpitaux. Dans les établissements de bains, on use du siége destiné aux douches rectales, en ajoutant à la canule à demeure une canule courbe et mobile qui peut être introduite dans le vagin. Ces douches ascendantes froides, de quelques minutes de durée, répétées tous les jours ou tous les deux jours, m'ont donné les résultats les plus prompts et les plus décisifs dans divers cas de leucorrhée chronique, accompagnée de congestion du col de l'utérus et de douleurs pelviennes, lombaires et fémorales, qui rendaient la marche difficile. Chez quelques femmes pourtant, je les ai vues produire la métrorrhagie ; mais cet accident, en contribuant à dégorger le col de l'utérus, a paru plus avantageux que nuisible, car il ne s'est montré que chez les femmes sanguines et n'a pas continué après la cessation des douches.

4° *Bains de mer.* La leucorrhée chronique, le relâchement et la congestion du col utérin qui s'observent chez beaucoup de femmes à la suite des couches, la disposition à la métrorrhagie qui s'y joint chez quelques-unes d'entre elles, l'affaiblissement, l'amaigrissement, les accidents nerveux variés, gastralgiques, hystériformes, mélancoliques et autres, qui se rencontrent en pareil cas, cèdent comme par enchantement aux bains de mer. Malheureusement, quand les femmes, après la saison de eaux, viennent se replacer dans les conditions débilitantes et énervantes où se trouvent la plupart des habitants de nos grandes villes, la guérison n'est que temporaire et le mal se reproduit.

Lorsque la leucorrhée est liée à une diathèse spéciale, strumeuse, dartreuse, vénérienne, goutteuse et rhumatismale, outre le traitement local de l'écoulement, il devient nécessaire de combattre la diathèse par un traitement général spécifique.

Il est d'ailleurs certain, comme le croyaient les médecins observateurs des dix-septième et dix-huitième siècles, que l'utérus sert souvent d'émonctoire pour évacuer des fluides dont la sécrétion et l'expulsion amènent une sorte de dégorgement et de dépuration nécessaires au rétablissement de l'équilibre des fonctions. Cela s'observe surtout dans les diathèses dartreuse, goutteuse, rhumatismale et scrofuleuse. Cela se voit aussi dans la crise de beaucoup d'indis-

positions et de maladies qui se jugent par ces sortes d'évacuations critiques. Voir alors une affection locale de l'utérus qu'il faut combattre comme la source du dérangement de la santé, c'est s'exposer à des erreurs et à des mécomptes que la déviation *anatomique* de la philosophie médicale de notre époque a multipliés plus qu'on ne saurait le croire.

Dans ces sortes de cas, c'est l'état général qui doit être pris d'abord en considération ; ce qui a trait à l'affection utérine devient tout à fait secondaire.

Les observations que nous avons citées plus haut montrent de quelle façon la diathèse dartreuse, par exemple, ou la diathèse vénérienne, étant d'abord combattue par les remèdes appropriés, on peut ensuite opposer des moyens particuliers à l'affection utérine.

Notre *sirop de deuto-iodure ioduré*, qui est, pour nous, le remède spécifique de prédilection contre la diathèse vénérienne, a été l'objet dans ce journal d'un travail particulier, auquel nous renvoyons nos lecteurs.

Les émissions sanguines (lorsqu'il y a pléthore), les purgatifs, les bains alcalins gélatineux, le régime ; dans certains cas, l'eau de Vichy composent la médication à laquelle nous avons le plus ordinairement recours dans le cas de diathèse goutteuse.

Nous opposons à la diathèse strumeuse : l'huile de foie de morue, l'huile de Cade, l'iodure de potassium, la solution étendue d'arséniate de soude, les bains sulfureux, les bains de mer.

La diathèse dartreuse, suivant le tempérament auquel elle s'allie, réclame les sulfureux, les purgatifs, les sels ferrugineux, acidulés, arsenicaux même... Toutes deux s'accommodent bien en général des astringents locaux, tels que l'alun, l'acétate de plomb, le vinaigre rosat, l'alcoolé tannique, le chlorure de soude, employés en lotions et en injections.

Bien entendu que, dans cette esquisse thérapeutique, nous avons toujours eu en vue la leucorrhée chronique et ces indispositions communes chez les femmes dont la santé, dérangée déjà depuis un certain temps, offre des phénomènes qui ont été, le plus souvent à tort, regardés comme des indices de *métrite* chronique. Les cas aigus, moins communs et plus faciles à reconnaître et à traiter, donnent rarement lieu à des méprises du genre de celles que notre but était de signaler d'une manière particulière dans ce travail, uniquement fondé sur l'observation clinique.

Notre intention, d'ailleurs, est d'insister ultérieurement, dans une série d'articles successifs, sur chacun des points en particulier, qui sont simplement indiqués dans ce Mémoire.

24. *Recherches sur les hydropisies chez les femmes enceintes;* par le docteur C. Devilliers fils, ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris, et le docteur J. Regnauld, professeur agrégé à la même Faculté. (Mémoire couronné par la Société médico-pratique de Paris, en 1847.)

(Archives générales de Médecine, février 1848.)

Parmi les hydropysies qui peuvent atteindre la femme enceinte, les unes sont communes à la grossesse et à plusieurs états morbides qui se développent en dehors d'elle; les autres, moins nombreuses, lui sont tout à fait spéciales; toutes subissent l'influence des modifications diverses que l'état puerpéral imprime à l'économie, et en reçoivent souvent une impulsion remarquable.

Il ne sera question dans ce mémoire que des hydropisies du tissu cellulaire, classe de maladies fort importante, sur laquelle la Société médico-pratique de Paris avait demandé des recherches devenues nécessaires dans l'état actuel de la science.

Nous distinguerons les hydropisies du tissu cellulaire, chez les femmes enceintes, en

1° OEdèmes ou anasarques
- *a* Simples,
- *b* Avec affections des organes centraux de la respiration et de la circulation;

2° OEdèmes ou anasarques avec albuminurie.

Cette division naturelle et toute pratique doit, selon nous, être substituée à celle qui a été établie, soit d'après la nature des causes de l'hydropisie (causes mécaniques et pléthore), soit d'après son mode de développement (hydropisie active ou passive). On verra, en effet, que les œdèmes et anasarques, tels que nous venons de les distinguer, présentent entre eux des différences notables au point de vue du pronostic, du diagnostic, des terminaisons et du traitement.

Mais avant d'aborder directement notre sujet, il nous a paru nécessaire de rechercher quel mode d'influence doivent exercer, sur la production et la marche de l'hydropisie, certaines modifications apportées dans l'organisme par l'état de grossesse.

La gestation constitue une période normale de la vie de la femme; elle amène néanmoins dans tout l'organisme des modifications si importantes, et influence d'une manière tellement évidente l'accomplissement des fonctions, qu'elle mérite une histoire spéciale en pathologie aussi bien qu'en physiologie.

Cette proposition paraît être vraie aussi au point de vue des

études hématologiques, et les recherches entreprises sur ce sujet par MM. Andral et Gavarret, ultérieuremnnt par MM. Becquerel et Rodier, ont fourni des matériaux dont nous ferons usage en les rapprochant de ceux que nous avons recueillis sur la même question.

Lorsque l'on passe en revue les différents éléments qui entrent dans la constitution du sang ou fluide nourricier, il est facile de remarquer que, si plusieurs s'y trouvent en proportion assez notable pour être dosés avec un degré de précision sinon absolu, du moins satisfaisant, d'autres, en plus grand nombre, échappent à l'analyse quantitative par leur multiplicité même et leur faible quantité. Les études hématologiques ont fourni presque tous les résultats qu'on pouvait attendre de la connaissance des variations pondérables, que subissent les premiers principes immédiats; c'est à des recherches ultérieures délicates, difficiles sans doute, qu'apartient le privilège de déterminer l'importance des seconds.

Les changements bien connus aujourd'hui qu'éprouve la quantité de fibrine et de globules renfermés dans le sang des femmes enceintes, ne se rattachant pas immédiatement à notre sujet, nous devons passer à l'étude d'un troisième élément qui joue incontestablement dans la production des hydropisies un rôle plus important; nous voulons parler de l'albumine.

Nous avons déterminé, par l'analyse de 25 saignées faites à diverses époques de la grossesse, la proportion d'albumine renfermée dans 1,000 parties de sang. La moyenne générale est 67,7 pour 1,000, elle embrasse les nombres trouvés à partir du deuxième mois jusqu'au neuvième. Mais, si on prend la moyenne des quantités données par l'analyse dans les sept premiers mois de la gestation et celle des deux derniers, on ne tarde pas à voir qu'elles offrent une notable différence.

Dans les sept premiers mois, en effet, la moyenne de 15 analyses est exprimée par le chiffre 68,6. Dans le huitième et le neuvième, on trouve pour 10 analyses le nombre 66,4.

Il est facile, en comparant ces chiffres à ceux donnés par la moyenne des analyses chez la femme hors des conditions qui nous occupent, d'en tirer quelques déductions qui ne sont pas sans intérêt. Chez ces dernières, la quantité d'albumine pour 1,000 parties de sang est exprimée en moyenne par le nombre 70. On constate donc, par la comparaison des nombres ci-dessus mentionnés, que le sang, pendant toute la grossesse, offre une diminution notable dans la proportion d'albumine qu'il renferme, puisque la moyenne des 25 analyses donne le chiffre 67,7.

Les quantités de ce principe immédiat, renfermées dans un même poids de sang, ne sont pas non plus les mêmes aux différentes époques de la gestation : ainsi, dans les sept premiers mois, le chiffre moyen 68,6, qui indiquait déjà une diminution appréciable, surpasse de 2,2 le chiffre moyen 66,4 trouvé pour les deux derniers mois.

Tel est, en résumé, le résultat de nos expériences. Il nous porte à penser qu'on doit admettre que la proportion d'albumine contenue dans le sang pendant la gestation est plus faible que celle renfermée dans ce liquide pendant la période de vacuité, que la décroissance subie par la quantité de cette substance est graduelle, et que le minimum existe dans les derniers mois de la grossesse.

Ce fait, signalé pour la première fois par MM. Becquerel et Rodier, nous semble mériter toute l'attention des observateurs ; car si, avec les autres modifications du sang, on cherche à le rattacher à la question qui va nous occuper, c'est-à-dire aux hydropisies chez les femmes enceintes, il sera permis d'en déduire certaines considérations qui ne manquent pas d'intérêt.

M. le professeur Andral a discuté avec une remarquable lucidité le rôle des différentes altérations du sang dans la production des épanchements séreux.

Après avoir démontré que la diminution de la fibrine et celle des globules ne paraissent avoir aucune influence sur le développement des hydropisies, ce savant formule ainsi le résultat de ses analyses : « Il n'y a qu'une seule sorte d'altération de composition du sang qui entraîne nécessairement à sa suite l'hydropisie, et cette altération, c'est la diminution de l'albumine ; par conséquent, toutes les fois que l'on verra survenir une hydropisie, que l'on croira devoir rapporter à quelque modification éprouvée par le sang, on devra tout naturellement rechercher si ce liquide n'a pas perdu de son albumine. »

En présence d'une opinion si nettement formulée et basée sur un grand nombre d'analyses chimiques, il nous semble que l'interprétation des résultats que nous avons énoncés plus haut devient facile. En effet, la composition du sang est telle pendant la gestation, que nous devons la considérer comme constituant une véritable prédisposition aux épanchements séreux ; mais n'oublions pas qu'un seul résultat morbide peut tenir, dans notre organisme si compliqué, à des causes multiples. Si donc la diminution de l'albumine dans le sang des femmes enceintes est une cause prédisposante qui paraît avoir une valeur incontestable, il est possible aussi, selon MM. Becquerel et Rodier, que la dimi-

nution des parties solides du sérum et en particulier de celles de l'albumine ait quelque influence sur le développement des hydropisies. De même, la gêne, apportée dans plusieurs points de l'appareil vasculaire par le développement de l'utérus, doit être évidemment considérée comme une cause active sans laquelle la première resterait le plus souvent latente.

Enfin, qu'une maladie, telle que l'albuminurie, vienne encore s'ajouter à ces diverses causes, et l'on aura des raisons de plus pour redouter l'infiltration séreuse. La déperdition d'albumine qui a lieu alors par la sécrétion urinaire retentit de telle sorte sur la composition du sang, chez la femme enceinte, que nos analyses nous ont démontré un abaissement du chiffre de l'albumine à 56,39, dans des cas d'albuminurie développée seulement dans les derniers mois de la grossesse.

Ainsi, à part les cas pathologiques, nous considérons la diminution normale de l'albumine, dans le sang des femmes enceintes, comme ayant une part dans la production des hydropisies que nous devons bientôt étudier. Quant à déterminer la raison par laquelle cette modification dans la crase du sang facilite l'épanchement séreux, on comprend que ce serait aborder ici une discussion trop complexe.

Qu'il nous soit permis, avant de terminer ce chapitre, de prévenir une objection que ne manquerait pas de susciter une contradiction apparente entre certains termes, employés dans le cours de ce travail. Le sang des femmes enceintes présente, comme on sait, une diminution appréciable du chiffre des globules : cette altération est le caractère spécial d'un genre d'affection que l'on désigne généralement par le nom d'anémie. Il faut donc admettre que les femmes enceintes offrent une tendance à l'anémie ; et cependant on nous verra souvent parler de leur état pléthorique. Cette contradiction, qui se retrouve dans tous les ouvrages, tient à l'usage impropre que l'on fait de ces deux mots. En pathologie, le mot anémie ne signifie pas toujours une diminution de la masse totale du sang, mais aussi un décroissement du chiffre des globules par rapport aux autres éléments du fluide nourricier ; le mot pléthore, détourné lui-même de sa véritable acception, indique le plus souvent l'accroissement de ces mêmes globules. Si nous disons qu'il y a pléthore chez un grand nombre de femmes enceintes, c'est qu'en réalité, indépendamment de toute considération sur la crase du sang, nous constatons une réplétion presque excessive du système vasculaire. Nous conservons donc au mot son sens le plus restreint, mais aussi le plus exact, et pour nous la pléthore des femmes

enceintes indiquera la réplétion anormale du système vasculaire par un liquide, dans lequel le rapport des globules au plasma pourra être plus faible que dans le sang considéré durant la période de vacuité.

PREMIÈRE PARTIE. — *Œdèmes et anasarques simples* (1).

Nous comprenons sous le titre d'œdèmes et d'anasarques simples des femmes enceintes ces infiltrations séreuses qui, en général, occupent la moitié inférieure du corps, beaucoup plus rarement s'élèvent jusqu'aux parties supérieures, et ne sont jamais liées soit à une affection organique de quelque gravité, soit à une sécrétion albumineuse des reins.

Dans l'état de gestation, elles résultent, selon nous, du co cours d'actions complexes, et présentent une foule de particul rités dignes de fixer l'attention.

Causes. — Nous diviserons les causes en générales et en locales ou mécaniques.

1° *Causes générales.* — Dugès, tout en adoptant les idées de Chaussier sur les causes des hydropisies pendant la grossesse, avait compris la nécessité de leur chercher une autre origine que la gêne de la circulation par compression des vaisseaux. Il pensait qu'on pouvait attribuer la pléthore séreuse, comme il l'appelait aussi, à cette circonstance, « qu'obligée de fournir au fœtus les matériaux de son accroissement, la mère devait dépenser plus en fibrine et en cruor, en un mot, en éléments solides, qu'en éléments liquides, et qu'ainsi le sérum du sang devait rester en surabondance » (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. IX). Il avait donc entrevu l'existence de certaines influences générales sans pouvoir la démontrer expérimentalement. Pour nous, ces dernières ne sont pas douteuses, et dans nos prolégomènes nous avons déjà cherché à faire comprendre quel rôle pouvaient jouer dans la production des infiltrations séreuses les diverses modifications éprouvées, surtout pendant les derniers mois de la gestation, par un des liquides les plus importants de l'économie, par le sang.

Mais la pléthore peut-elle être considérée comme une cause générale d'hydropisie, et dans quel sens doit-on interpréter son action ? M. le professeur Piorry et M. Monneret ont déjà démontré par des faits que la pléthore ne peut, dans les circon-

(1) Le défaut d'espace nous oblige à supprimer les observations nombreuses qui avaient rapport à cette partie de notre travail, et à ne citer que la substance de celles qui nous seront indispensables.

stances ordinaires, donner lieu à l'hydropisie du tissu cellulaire.

La gestation est un état exceptionnel, pendant lequel c'est bien moins à la réplétion du système circulatoire qu'à la composition particulière du liquide sanguin qu'il faut, selon nous, attribuer le phénomène de l'infiltration séreuse. Nous croyons que, dans cette condition de l'économie, un mouvement congestif général ou local, un état fébrile grave ou léger, suffisent pour favoriser parfois l'apparition de l'œdème. Plus loin on trouvera quelques faits de congestion locale suivie d'œdème. Ici nous citerons le cas d'une femme âgée de 30 ans, qui, atteinte au septième mois de sa grossesse d'une irritation gastro-intestinale, avec fièvre dégénérée plus tard en affection typhoïde, présenta dès cette époque une infiltration presque générale, sans qu'il y eût lésion organique des organes centraux de la circulation et de la respiration. Une autre femme, de 22 ans, primipare, fut prise, au sixième mois et sans cause connue, de douleurs assez vives dans tout le membre abdominal gauche et d'un mouvement fébrile qui persista quelques jours. A la suite de cet accident, elle vit apparaître un engorgement œdémateux des extrémités inférieures ; chez elle encore, nulle autre cause ne pouvait expliquer ce dernier phénomène.

Ni l'âge, ni l'état de primiparité ou de multiparité, ne nous ont paru exercer d'influence sur la fréquence ou le développement de l'œdème ; mais si, avec les autres observateurs, nous avons noté les privations, les fatigues, les affections morales tristes, l'habitation de localités malsaines, comme causes prédisposantes, nous ajouterons que les femmes qui sont exposées à l'intempérie des saisons, celles surtout qui offrent les caractères du tempérament lymphatique, semblent plus que les autres exposées aux infiltrations simples du tissu cellulaire. Le mauvais état de la santé générale n'est pas toujours une cause de cette maladie, car nous avons vu souvent des femmes robustes, offrant tous les attributs d'une santé florissante, en présenter des traces fort prononcées. Ces différences tiennent évidemment à ce que, chez ces dernières malades, les causes locales avaient eu plus d'action que les causes générales.

2° *Causes locales ou mécaniques.* — Ces causes semblent nécessaires, dans presque tous les cas, à la production de l'œdème, et exercent aussi, comme nous le verrons ailleurs, une influence manifeste sur le développement des autres espèces d'hydropisies du tissu cellulaire.

Un premier fait tout physiologique, sur lequel l'attention des médecins ne s'est pas arrêtée, et auquel nous accordons une cer-

taine importance dans la formation et la fréquence des œdèmes aux extrémités inférieures, est le suivant. Il est certain que l'activité de la nouvelle vie qui anime l'utérus, l'afflux considérable de sang que son nouvel état exige, sont des causes puissantes de déplacement de la circulation sanguine. Elles sont propres à modifier singulièrement celle des parties inférieures du corps, et à faciliter les congestions ou la stase dont elles peuvent devenir le siége. Cette action est encore plus remarquable chez les femelles des animaux, chez les vaches par exemple, dont les mamelles avoisinent l'utérus et sont un nouveau point d'attraction du sang vers le train postérieur ; aussi a-t-on noté chez elles la fréquence des engorgements œdémateux de cette partie du corps, et la disposition qu'elles ont aux congestions sanguines.

On a depuis longtemps remarqué avec juste raison que le développement de l'utérus est la cause la plus efficace ou du moins la plus appréciable de la gêne de la circulation et de l'infiltration séreuse des membres inférieurs. C'est, en effet, pendant les derniers mois de la grossesse, c'est-à-dire à une époque où l'utérus et le produit de la conception sont capables d'agir comme corps comprimant sur le contour du détroit supérieur et la partie inférieure de la colonne lombaire, que l'on voit apparaître la majeure partie de ces hydropisies. On sait aussi que l'inclinaison de l'utérus vers un côté du corps explique assez bien la préférence de l'infiltration pour le membre abdominal correspondant. Ainsi, sur 40 cas, par exemple, choisis parmi beaucoup d'autres, 12 fois l'œdème était plus prononcé du même côté que celui vers lequel avait lieu l'inclinaison de l'utérus, tandis que, dans les 26 autres cas, il occupait également les deux membres, et dans 2 cas, le côté opposé à l'inclinaison de l'utérus. Ces chiffres nous paraissent exprimer la proportion ordinaire.

Nous venons de dire en dernier lieu que l'œdème pouvait, dans quelques cas rares, se montrer du côté opposé à l'inclinaison de l'utérus. En cherchant à nous rendre compte de cette singularité, nous nous sommes convaincus que le mode de pression exercée sur les vaisseaux iliaques dépendait encore de la forme et de la direction de la partie fœtale qui se présentait au détroit supérieur. Chez une femme de 27 ans entre autres, nous remarquâmes que, malgré une inclinaison évidente de l'utérus à droite, l'œdème était plus considérable au membre abdominal gauche, qui portait aussi quelques dilatations variqueuses ; le fœtus se présentait par le sommet dont l'occiput portait sur la partie latérale gauche du bassin ; huit jours avant l'accouchement, au moment où cette partie s'engagea avec le segment inférieur de

l'utérus dans l'excavation du bassin, nous vîmes l'infiltration séreuse disparaître avec rapidité.

Dans le développement de l'œdème et la direction qu'il affecte, il faut encore tenir compte de la forme particulière du bassin, surtout à son détroit abdominal, et de la largeur de sa cavité, parce qu'elles peuvent permettre des rapports plus ou moins directs entre l'utérus et les vaisseaux sanguins; mais il est fort difficile d'établir rien de positif à cet égard. Quant à la résistance insolite des parois abdominales, une fois nous avons eu la preuve qu'en maintenant l'utérus appliqué contre la colonne lombaire, elle avait été la cause d'un léger engorgement séreux, qui avait disparu après l'engagement du segment inférieur de cet organe dans l'excavation.

A ces exemples, propres à démontrer les causes et les effets de la pression sur les vaisseaux du bassin, on peut ajouter les faits de variation des œdèmes, que nous rapporterons en parlant des symptômes.

Il est possible que le développement de l'utérus en hauteur entrave accidentellement les mouvements d'expansion et de resserrement du thorax et les battements du cœur, au point d'amener cette gêne à laquelle Chaussier attachait une certaine importance, et qu'il accusait de rendre l'hématose imparfaite. Mais nous croyons que cet effet ne doit se produire que dans les cas où la distension utérine est excessive, ou bien chez les sujets dont les cavités thoraciques et abdominales sont rétrécies par le rachitisme; encore avons-nous vu assez souvent des femmes, en cet état, n'offrir que peu de traces ou même aucun indice d'infiltration extérieure.

Il ne faut pas s'imaginer, en effet, que l'étendue, le volume, la persistance de l'œdème, soient toujours en rapport avec le poids et le volume de l'utérus et du produit qu'il contient. Si nos observations nous ont maintes fois fourni la preuve que la grosseur plus considérable des enfants, la présence de plusieurs fœtus dans la matrice, l'existence d'un hydramnios, ou bien même de tumeurs volumineuses accompagnant l'utérus gravide, coïncidaient habituellement avec des infiltrations plus fortes, il y avait des cas dans lesquels cette relation n'existait plus : ainsi, nous pourrions citer des faits de grossesses gémellaires avec apparition très-tardive d'un œdème léger ou sans traces de ce phénomène morbide; d'autres faits de présence de fœtus pesant au-delà de 3,500 ou 4,000 grammes, dans lesquels nous fîmes la même observation ; tandis que l'infiltration était beaucoup plus considérable chez des femmes accouchées à terme ou avant terme d'enfants

offrant un poids inférieur à 2,500 grammes. Que doit-on conclure de ces différences, si ce n'est que le degré et l'étendue de la pression ne sont pas les seules causes de l'épanchement séreux, qu'il faut, dans certains cas, attribuer surtout aux modifications variables éprouvées par les solides et les liquides de l'économie ?

Avons-nous besoin de rappeler que la station debout ou assise prolongée, les pressions continues exercées sur l'abdomen ou les membres inférieurs dans certaines professions, etc., doivent être considérées comme autant de causes concourant au même but, à la gêne de la circulation et à ses suites. Il suffit, pour s'en convaincre, de comparer la fréquence relative des œdèmes chez les femmes du peuple livrées à des travaux assidus et pénibles, avec celle de la même affection chez les personnes de la classe aisée qui ne sont pas soumises aux mêmes influences. L'hydropisie du tissu cellulaire est incomparablement plus rare chez ces dernières, quoiqu'elles puissent se trouver dans des conditions identiques sous le rapport de l'état puerpéral, du volume de l'utérus, etc.

Enfin nous devons faire remarquer l'influence de certaines lésions toutes locales sur la production et la durée de l'œdème simple. — Une femme de 23 ans, primipare et chlorotique, fit, vers la fin du premier mois de grossesse, une chute et eut une entorse de l'articulation tibio-tarsienne gauche. L'engorgement œdémateux qui en fut la conséquence gagna graduellement toute la jambe, et, malgré les moyens mis en usage, ne disparut que le surlendemain de l'accouchement à terme. Nous avons vu deux fois des écoulements vénériens et plusieurs leucorrhées avec ou sans vaginite granuleuse s'accompagner, peu de jours après leur apparition, d'œdème des parties génitales externes ; mais il s'en faut de beaucoup que ce dernier phénomène se lie constamment à l'existence de ces maladies.

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans attirer l'attention sur l'inégalité singulière de résistance de chaque sujet aux diverses causes, soit générales, soit locales, de l'hydropisie.

Symptômes. — Signes précurseurs. — Le plus ordinairement, l'œdème se montre, dit-on, sans avoir été annoncé par quelque signe précurseur ; cette opinion nous semble justifiée par nos observations ; mais, dans un certain nombre de cas (dans un huitième environ), nous sommes certains d'avoir saisi des symptômes liés évidemment à l'apparition prochaine de l'infiltration séreuse. C'est ainsi que nous avons vu celle-ci être précédée, soit de quelques heures, soit de quelques jours, tantôt par des douleurs assez vives dans les membres qui allaient en devenir le siége, tantôt par des symptômes de chlorose, des étourdissements,

des défaillances, de la céphalalgie, des palpitations, des étouffements. Parfois l'œdème semblait remplacer les varices ou succéder à leur diminution de volume. Nous avons déjà fait observer aussi que certaines lésions locales pouvaient, de même qu'une affection générale grave, être le prélude d'une infiltration plus ou moins étendue, ce qui, sans contredit, s'observe plus rarement dans l'état de vacuité. Il ne faudrait pas croire, toutefois, que les indispositions ou maladies que nous venons d'indiquer soient toujours le signal de l'épanchement : les causes actives de celui-ci et les idiosyncrasies remplissent ici le rôle le plus important.

Invasion et marche.—L'époque de l'invasion de l'œdème simple est variable comme celle du développement et de l'activité des causes qui en déterminent la formation. C'est vers les derniers mois de la grossesse que nous avons déjà fait remarquer la plus grande prédominance de celles-ci. En effet, nous ne sommes pas éloignés de la vérité en disant que l'apparition de l'épanchement a lieu, dans près de la moitié des cas, du 7e à la fin du 9e mois. On voit ce même épanchement se montrer encore assez souvent du 4e au 6e mois ; mais on peut être étonné d'en constater l'existence dès le 3e mois, chez un certain nombre de femmes, c'est-à-dire à une époque où le volume de l'utérus et les modifications organiques sont si peu prononcés. Nous avons cependant observé que, chez ces femmes, le développement exagéré des vaisseaux, des veines en particulier, et la gêne qu'il indiquait dans la circulation, produisaient, à cette époque, l'apparition des varices et de l'infiltration séreuse.

C'est peut-être aux mêmes causes qu'il faut rapporter le développement d'un œdème aux extrémités inférieures, chez une femme dont le placenta était inséré sur l'orifice de l'utérus. Nous n'avons cependant pas remarqué que cette circonstance fût une cause prédisposante à l'infiltration. Quant aux observations d'invasion plus précoce de l'hydropisie, elles sont assez rares et se rapportent la plupart soit aux cas de lésions locales cités plus haut, soit à l'existence, antérieure à la grossesse, de varices ou d'un léger empâtement qui avaient échappé à l'attention des malades. Contrairement à l'opinion de quelques auteurs, nous ne pouvons admettre la possibilité du développement d'une infiltration séreuse étendue dès le début de la gestation, sans qu'il y ait affection organique de quelque gravité ou bien albuminurie.

L'œdème des femmes enceintes peut suivre une marche soit aiguë, soit chronique. Le temps qu'il met à parcourir ses diverses

périodes doit dépendre des conditions générales et locales d'organisation et de l'état de santé de la femme. Nous avons rencontré des malades, chez lesquelles le développement complet de l'hydropisie s'était opéré en un ou deux septénaires, ce qui n'avait lieu qu'à une époque avancée de la grossesse, tandis que, chez la plupart, il avait mis plusieurs semaines ou plusieurs mois à s'effectuer. Mais quelque rapide qu'ait été la marche de l'œdème, celui-ci ne nous a jamais paru mériter le nom d'actif.

Quoiqu'il en soit, il débute le plus ordinairement par les extrémités inférieures, occupant tantôt une d'entre elles, tantôt les deux, restant limité soit aux pieds, soit aux jambes, soit aux parties génitales externes, ou bien s'étendant aux cuisses, au bas-ventre, à la région lombaire, et pouvant même, à la longue, gagner les mains et la poitrine, comme nous l'avons vu dans deux cas seulement, sans qu'il existât d'affection organique appréciable. La marche que suit le développement de l'infiltration séreuse n'offre rien de bien spécial à noter chez les femmes enceintes, si ce n'est que, à son début, le repos horizontal suffit pour la faire disparaître, tandis que, plus tard, elle s'efface moins aisément par cette position et finit même assez souvent par persister pendant le nycthémère. Cela est inévitable dans presque tous les cas où l'œdème existe depuis plusieurs semaines, chez une femme livrée à des travaux assidus et fatigants.

Quant au volume de l'œdème, si les causes n'agissent qu'avec peu d'énergie, il peut rester à l'état de simple bouffissure : dans des circonstances opposées, il acquiert des proportions assez fortes pour empêcher les malades de porter toute espèce de vêtement serré sur la moitié inférieure du corps. Nous avons vu de malheureuses femmes être obligées de marcher nu-pieds et nu-jambes, et seulement encore dans un espace de terrain peu étendu. Cela, cependant, est beaucoup plus rare dans l'œdème simple que dans les anasarques avec affection du cœur ou avec albuminurie.

Les infiltrations séreuses se présentent, pendant la grossesse comme en dehors de cet état, sous deux aspects principaux : dans les unes, la sérosité s'est épanchée non-seulement dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais aussi dans l'épaisseur du derme lui-même, qu'elle distend outre mesure et auxquels elle donne ce poli, cette transparence et cette pâleur particulière que l'on remarque dans la plupart des anasarques et qu'il est inutile de décrire. Dans les autres, selon notre observation, le liquide de l'hydropisie n'a pas envahi l'épaisseur du derme et n'occupe guère que le tissu cellulaire sous-cutané, laissant une certaine épaisseur de tissus intacts entre les parties affectées et le doigt

de l'explorateur. Ici, l'infiltration n'acquiert jamais les mêmes proportions ; la peau conserve, en partie, sa conformation normale, la tension qu'elle éprouve ne la rend pas lisse ; elle n'est pas transparente, et l'impression que le doigt y produit avec plus de peine s'efface plus rapidement. La coloration de la surface cutanée n'est pas non plus la même ; ordinairement elle est rosée, quelquefois aussi d'un rouge violacé ; on voit se ramifier sous l'épiderme une multitude de vaisseaux capillaires rendus plus apparents par la tension des tissus et la gêne de la circulation dans les vaisseaux sous-jacents ; enfin la peau est assez souvent sensible à la pression, ce qui n'a pas lieu dans l'espèce précédente. Cette diversité d'aspect, de consistance et de sensibilité dépend, nous le pensons, du siége différent qu'occupe la sérosité, et vraisemblablement aussi de la contexture plus ou moins serrée de la peau. Par conséquent, ce caractère n'a pas, sous le rapport diagnostique, la valeur qu'on lui a attribuée, et n'autorise pas à rapporter, par exemple, la dernière espèce d'œdème plutôt à une forme aiguë qu'à une forme chronique ; car elle ne présente ni des phénomènes plus prononcés d'inflammation, ni une progression plus rapide. Nous avons en ce moment sous les yeux une femme qui, après avoir porté, pendant neuf années, une tumeur fibreuse volumineuse de l'utérus, est devenue enceinte et vient d'être accouchée à l'aide de moyens artificiels, parce qu'une portion du sarcôme engagée dans l'excavation pelvienne s'opposait à l'expulsion du fœtus. Dans ce cas, les extrémités inférieures et le bas-ventre offraient un œdème assez considérable auquel on remarquait tous les caractères que nous venons d'assigner à la dernière espèce d'épanchement séreux, et qui s'était développé avec les mêmes apparences bien longtemps avant la grossesse.

On s'est, en général, peu rendu compte des singulières oscillations que subissent quelquefois les œdèmes pendant leur durée, et qui constituent une des parties les plus curieuses de leur histoire. Elles tombent évidemment sous l'influence des causes mécaniques ; car, sans parler des résultats obtenus par le traitement, certains changements dans les inclinaisons, l'élévation, la forme de l'utérus et du fœtus, peuvent amener des modifications dans le volume, la disparition ou la réapparition de l'œdème. Ainsi, comme il est aisé de le comprendre, un changement notable imprimé à la direction de l'utérus, ou bien à la position du fœtus, est susceptible de déplacer l'œdème, suivant le côté où s'exerce la pression, ou même de le faire complétement disparaître. Nous avons vu de semblables résultats et nous les

avons même obtenus mécaniquement chez un petit nombre de sujets. En outre, l'élévation ou l'abaissement de l'organe gestateur exercent une influence facile à démontrer sur les variations de volume, les alternatives de disparition ou de réapparition de l'infiltration séreuse. Nous avons observé, dans un peu plus du sixième des cas, que lors de l'engagement de la partie fœtale avec le segment inférieur de l'utérus dans l'excavation du bassin, à la fin de la grossesse, l'œdème s'effaçait partiellement ou en totalité, les vaisseaux se trouvant plus ou moins soustraits à l'action comprimante. Nous avons eu la double preuve de ce fait chez des femmes dont l'utérus, sous l'influence de diverses causes, avait subi des alternatives d'élévation et d'abaissement qui avaient coïncidé chaque fois avec l'augmentation ou la diminution de l'hydropisie ; mais beaucoup plus rarement, il est vrai, celle-ci ne se développait ou n'augmentait, au contraire, qu'à dater du moment où avait lieu cet engagement du segment inférieur de l'utérus dans l'excavation. Parfois, enfin, les variations de hauteur de cet organe n'exerçaient aucune action sur l'œdème. On doit rechercher encore l'explication de ces phénomènes dans celle de la largeur du bassin, de la direction des parties du fœtus, etc., qui contribuent à faire varier le degré et le point de compression des vaisseaux.

Telles sont, en résumé, les causes mécaniques qui président aux fluctuations de l'hydropisie, à son apparition tardive et à sa disparition quelquefois complète avant l'accouchement. Ajoutons, enfin, que la durée de cette maladie est extrêment variable, et soumise entièrement aux diverses influences que nous avons signalées ; on la voit être tantôt de quelques jours, tantôt de plusieurs mois.

La plupart des phénomènes concomitants des œdèmes ordinaires s'observent aussi dans ceux des femmes enceintes : ainsi, outre la difficulté de la marche et la gêne des mouvements musculaires, la douleur, les fourmillements, les picotements, un sentiment de brûlure, de tension, le long des membranes infiltrées. Les diverses fonctions devaient attirer aussi notre attention, et elle s'est naturellement portée sur la sécrétion urinaire et l'exhalaison cutanée. Celle-ci nous a paru toujours moins active, celle-là tantôt normale, tantôt modifiée, la quantité des urines étant moindre, leur coloration plus foncée, leur transparence troublée. Il faut rappeler cependant, à ce sujet, que dans les derniers temps de la gestation surtout, et par l'effet de la pression utérine, l'urine est expulsée beaucoup plus fréquemment et en moins grande quantité à la fois ; enfin, un caractère que

nous n'avons jamais négligé de rechercher à toutes les périodes de la grossesse et à plusieurs reprises, c'est la présence de l'albumine dans les urines. Nous avons toujours vu manquer ce produit organique, et nous insistons avec intention sur ce fait capital, parce qu'un certain nombre de médecins croient que l'œdème simple des femmes enceintes peut, dans quelque cas, s'accompagner d'albuminurie passagère. Nous pouvons affirmer que cela n'a jamais lieu dans les circonstances ordinaires, c'est-à-dire lorsqu'il n'existe aucune maladie intercurrente. Au reste, nous nous proposons de revenir sur ce sujet dans la deuxième partie de ce mémoire.

MALADIES DES ENFANTS. — 25. *De l'éclampsie ou affection convulsive chez les enfants*; par M. le docteur DECHAUT.

(Suite et fin : *voir* t. II, février 1848, p. 56.)

(Journal de Médecine et de Chirurgie de Toulouse, décembre 1847.)

§ V. — *Caractères anatomiques.* — Les caractères sont quelquefois nuls ; c'est ce qui caractérise, dans la rigueur de l'acception, l'éclampsie essentielle ou sans matière. Cependant nous rattachons encore à cette forme les altérations qui se développent rapidement dans une attaque aiguë ; ainsi on trouve fréquemment à ces autopsies une congestion sanguine et congestion séreuse. La substance cérébrale coupée par tranches offre un aspect sablé et pointillé de gouttelettes de sang; les vaisseaux de la pie-mère en sont gorgés, et sous l'influence de cette réplétion, la partie séreuse à transudé à travers leurs parois, et s'est épanchée dans le tissu cellulaire sous-aracnoïdien. Les plexus choroïdes semblent plus injectés, et les ventricules contiennent quelquefois un peu de sérosité. Cette congestion tend à produire un double effet compressif, d'une part par l'augmentation de volume du cerveau abreuvé d'une plus grande quantité de sang, de l'autre par la diminution de capacité du crâne qui résulte de l'extravasation séreuse, et de l'engorgement des membranes. Nul doute que dans les crises il se forme à des degrés variés des congestions semblables, qui peuvent devenir une sorte d'habitude, qui pervertissent les fonctions du cerveau, et qui entretiennent l'éclampsie.

Pour l'éclampsie symptomatique, on rencontre des lésions chroniques : des tubercules, des abcès de la substance cérébrale et de ses membranes d'enveloppe, des caries de la boite osseuse, des méningites ; chez les nouveau-nés, l'hydrocéphale et les arrêts de développement du cerveau. J'ai rapporté dans ma thèse l'observation d'un anencéphale, parfaitement développé, du

reste, qui vécut quatre jours, pendant lesquels il fut presque toujours en convulsions : à l'autopsie, et à peu près suivant le pronostic admirable de M. Baron, nous trouvâmes le crâne rempli de liquide brunâtre, et les centres nerveux réduits au cervelet, à la protubérance annulaire et à la moelle épinière ; il existait deux petits moignons, vestiges des pédoncules cérébraux, sans traces des hémisphères de chaque côté. — Du côté de la moelle, on observe le spina bifida, le ramollissement du cordon rachidien et les tubercules, les abcès, les caries de la colonne vertébrale, et toutes les lésions concomitantes du mal de Pott.

Dans plusieurs cas où l'éclampsie provenait des voies digestives, on a trouvé l'estomac plein de matières indigérées, des choux, de pain, de haricots, de mauvais fruits, de substances vénéneuses ; des corps étrangers, des noyaux de cérises, de prunes, des vers intestinaux. — Souvent des invaginations, des gastro-entérites, des atrésies ou resserrements du canal intestinal, et l'imperforation de l'anus chez les nouveau-nés.

§ VI. — *Traitement.* — Le traitement doit s'adresser à la crise momentanée, à ses retours, à l'état aigu et à l'état chronique. Les moyens doivent être dirigés vers ces trois points principaux, les voies digestives, le système sanguin, le système nerveux. — Le traitement de la crise consiste à recueillir l'enfant, à le mettre sur un lit, à le déshabiller, à avoir soin qu'il ne se frappe pas, qu'il ne tombe pas, et à recourir aux premiers antispasmodiques qui se trouvent sous la main : les aspersions de quelques gouttes d'eau froide par la figure, les frictions avec l'eau de cologne, l'eau-de-vie, le vinaigre ; à l'intérieur, l'eau de fleurs d'oranger, l'éther, quelques grains de sel de cuisine, introduits dans la bouche comme cela se pratique dans les campagnes, tous les petits moyens en un mot qui peuvent s'improviser immédiatement.

Mais pour peu que la maladie persiste, et qu'elle ait de la tendance à se reproduire, il faut l'attaquer avec promptitude et énergie jusque dans ses fondements. C'est alors que se révèle le génie médical, qui sait si rapidement s'enquérir de tout ce qu'on peut tirer des parents, qui pressent la gravité du mal, qui en pénètre le siége et qui agit avec précision. C'est là une des grandes occasions de la médecine, quand le danger est imminent, quand les parents nous implorent, quand notre réputation est exposée, quand l'enfant est attiré dans les profondeurs de la mort, et qu'il faut l'arracher par les cheveux à *faucibus Orci*, ou rester convaincu de notre impuissance après des efforts inouis. — Notre position n'est pas moins difficile lorsque la ma-

ladie est chronique, qu'elle dure des mois, des années ; lorsque le monde l'a déjà frappée d'un nom flétrissant, d'un nom qui fait horreur ! Quelle patience, quelle conviction, quelle habileté seront les nôtres pour entretenir l'espérance qui s'éteint, la confiance qui s'ébranle, pour varier nos moyens à l'infini, et y insister indéfiniment jusqu'à la guérison promise !

1° *Voies digestives. — Infantum morbi, si non omnes, plurimi tamen, ex ventre infimo tanquam equo trojano prodeunt.* (Harris.) — J'aime à citer cet aphorisme, qui, par une image originale et poétique, rappelle sans cesse à l'esprit l'importance du ventre dans les maladies de l'enfance. Oui, sinon toutes, au moins la plupart, proviennent du ventre, et c'est en agissant sur le ventre qu'on les guérit. Des émétiques, des purgatifs donnés à propos, à doses suffisantes, et répétés avec assez de persévérance, constituent une médication héroïque, soit qu'il y ait besoin d'expulser promptement des matières nuisibles, de rétablir des sécrétions perverties, de ranimer des contractions engourdies, ou d'enrayer, de briser des forces qui s'égarent.

Vous apprenez sûrement que l'enfant vient de prendre des aliments indigestes; vous avez essayé de précipiter la digestion par l'eau de menthe, l'eau de fleur d'oranger, le sirop d'éther : les convulsions persistent, vite ayez recours à un vomitif : il s'agit de sucreries coloriées et suspectes, de substances vénéneuses, vite un éméto-cathartique, qui balaie l'estomac et les intestins, et expulse tout ce qui reste à absorber : vous soupçonnez des vers, le ventre est tendu, les intestins sont pleins ou convulsés, purgez ou émétisez suivant l'urgence ; donnez des lavements simples, antispasmodiques, laxatifs, si vous croyez à une rétention de matières fécales ; donnez-en encore pour stimuler l'intestin, pour le calmer, ou déterminer une crise par les selles. — Enfin, le ventre est souple, rien n'annonce qu'il soit le point du départ du mal ; mais les antiphlogistiques et les antispasmodiques ont été sans résultat ; purgez et émétisez tout de même, dans un véritable but contre-stimulant, et rappelez-vous, pour légitimer votre empirisme, la faiblesse et l'anéantissement dans lesquels vous jettent une colique, une diarrhée, le relâchement des muscles, et la syncope que produit le vomissement : tâchez de déterminer des états semblables, de couper les forces.

Le danger est moins pressant, mais la maladie est invétérée et tenace; la langue est chargée à la base, pointillée, rugueuse, effilée, rouge à la pointe ; le ventre est tendu ou n'est pas parfaitement souple ; il y a des alternatives de diarrhée et de constipation, les digestions se font mal depuis longtemps : purgez

d'une manière soutenue, tant que cet état persistera, pendant deux, trois mois et plus, du reste, avec toutes les précautions que ne manquera pas d'employer un praticien prudent. Allez jusqu'à ce que la langue soit large, rose et humide, bien arrosée de salive, le ventre souple comme une vessie pleine d'eau, les selles jaunes, moulées, faciles, d'une odeur supportable, l'appétit bon et la digestion libre. La langue est naturelle, le ventre souple, la digestion active, l'enfant fort; mais des attaques d'éclampsie rebelles aux autres moyens se répètent plus ou moins souvent : exercez une révulsion, une contre-stimulation sur le canal intestinal, purgez encore de temps en temps.

Je pense qu'il suffit d'indiquer la médication sans entrer dans le détail des remèdes ; cependant je citerai comme m'ayant plus particulièrement réussi : pour émétique, une potion faite avec 150 grammes d'infusion de tilleul, 10 centigrammes de tartre stibié, 15 grammes d'eau de fleur d'oranger et 30 grammes de sirop d'ipécacuanha, à prendre par cuillerées de demi-heure en demi-heure, jusqu'à effet satisfaisant, ou toutes les dix, toutes les cinq minutes, suivant l'urgence. Comme purgatifs, l'huile de ricin à la dose de 30 à 45 grammes, le calomélas à la dose de 1 gramme, divisé en quatre paquets, donnés toutes les deux heures dans le même jour, ou deux paquets un jour et les deux autres le lendemain. — Pour les enfants plus âgés, le sulfate de magnésie, de 15 à 20 grammes, ou les pilules d'Anderson, de une à trois; ces deux moyens quand on a besoin surtout d'une action répétée et soutenue.

Enfin je me trouve très-bien aussi des pilules suivantes, dont on peut varier la composition, suivant l'élément qu'on veut principalement combattre, et qui sont à la fois purgatives, antispasmodiques et stupéfiantes :

Calomel, aa Aloès,	1 gramme.
Castoréum, aa Camphre,	75 centigrammes.
Extrait thébaïque,	20 centigrammes.
— de datura stramonium.	40 centigrammes.

M. F. S. A. 20 pilules à prendre de une à quatre par jour, une matin et soir, une le soir seulement, ou une le matin et deux le soir avec une tasse d'infusion d'arnica ou de valériane.

2° *Système sanguin.* — Chez les enfants, la nutrition est très-active, la formation du sang abondante, la circulation rapide, et sujette à s'embarrasser : leurs maladies revêtent souvent le

caractère inflammatoire; ils sont sujets à la pléthore et aux congestions; à leurs autopsies on constate des inflammations franches, considérables. D'après toutes ces considérations et d'après l'expérience, il ne faut pas craindre de leur tirer du sang.

Dès que les convulsions dépassent les limites d'une attaque éphémère, dès qu'elles ont de la tendance à se répéter à moins d'être sûr d'une ingestion récente de matières indigestes ou nuisibles, avant tout, opérez une évacuation sanguine. Saignez du bras si vous le pouvez, appliquez des sangsues si vous en avez le temps, ne craignez pas de pratiquer l'artériotomie temporale si le danger est pressant.

Ne perdez pas votre temps à délibérer ni à raisonner; ne vous arrêtez pas à des considérations oiseuses, à de petites contre-indications qui se rencontrent à chaque pas, que le plus ignorant pourra vous soulever. Bientôt le mal vous aura gagné : la circulation suit l'intensité du mouvement, elle va se troubler, et il se formera des congestions sans retour. Saignez et saignez vîte toutes les fois que la crise est intense, qu'il s'agit d'un état aigu, toutes les fois que l'enfant est surpris dans l'état de santé, qu'il se nourrit bien, et qu'il a de la chair, n'importe sa coloration pâle, brune ou vermeille ; il y a beaucoup de constitutions et de maladies au teint pâle, dans lesquelles le sang surabonde. Bien que je préconise et que je pratique la phlébotomie et l'artériotomie sur de jeunes enfants, je préfère cependant les sangsues quand on pourra se les procurer assez tôt. Elles ne constituent pas malheureusement un remède infaillible ; mais c'est quelquefois une chose merveilleuse de voir combien les symptômes s'amendent aussitôt qu'elles ont commencé à prendre : on les appliquera suivant l'âge et la force de l'enfant au nombre de deux, quatre, six. Le lieu d'élection sera l'anus, parce que le ventre est ordinairement primitivement ou consécutivement affecté, et qu'on n'agit pas seulement sur lui par des purgatifs; en second lieu on les appliquera aux chevilles des pieds pour joindre la révulsion à la déplétion, et en dernier ressort aux apophyses mastoïdes ; mais alors ayez soin qu'elles saignent bien, sinon elles attireront le sang au cerveau, et si l'enfant meurt, les mères ne manqueront pas de vous le reprocher.

Dans la forme chronique, lorsque le sujet est fort, on fera bien d'appliquer de deux à quatre sangsues à l'anus ou aux pieds, tous les deux ou trois mois.

Dans le cas où l'éclampsie est due à une anémie, on cherchera au contraire à rendre à l'économie le sang qui lui manque : si

l'anémie provient d'une hémorrhagie subite, on se hâtera de faire prendre un peu d'eau vineuse, une potion cordiale, quelques cuillerées de bouillon ; si c'est une anémie lente, on administrera les préparations ferrugineuses et les toniques.

Nous placerons maintenant ici comme intermédiaire au système sanguin et au système nerveux une série de moyens qui agissent en effet sur ces deux systèmes, savoir : les révulsifs, les exutoires, les frictions, les topiques et les bains.

Révulsifs. — Le sang ne pèche pas seulement par sa quantité, il pèche par son cours, par les directions vicieuses qu'il prend. On cherchera à le ramener, à le sortir des foyers où il a de la tendance à s'accumuler, par les révulsifs cutanés, sinapismes, cataplasmes irritants, pédiluves, vésicatoires, etc.

Frictions.—Les frictions sont d'une grande importance; elles semblent exercer une triple influence révulsive, magnétique et médicamenteuse : sur la poitrine elles rétablissent la respiration, sur le ventre elles l'assouplissent, elles y font circuler les matières ; sur les membres roides elles les amollissent par de douces pressions, elles y régularisent le cours du sang, du fluide nerveux ; elles agissent enfin par les matières absorbables avec lesquelles on les pratique. Faites-les vous-même et longtemps, avec la main bien appliquée sur la partie, faites-les à sec si vous n'avez rien ; avez-vous des antispasmodiques à votre disposition, ordonnez chez le pharmacien l'huile camphrée, l'huile de belladone, l'éther acétique, l'alcool de mélisse ou l'eau de Cologne, avec addition de 1 ou 2 grammes de laudanum pour 60 d'excipient.

Exutoires. — Les exutoires causent de la douleur, de l'irritation, de la démangeaison, et ouvrent une porte à la pléthore nerveuse en dégageant incessamment un peu de fluide nerveux ; ils appellent le sang dans leur voisinage, et le détournent d'une manière soutenue ; enfin, ils le dépurent en donnant issue à des âcretés, des humeurs, des matières peccantes, n'importe le nom qu'on voudra donner à la sécrétion supplémentaire qu'ils déterminent.—On emploiera avec avantage les vésicatoires aux jambes, aux bras, le long de la colonne vertébrale, aux tempes, derrière les oreilles, et jusque sur le crâne lui-même.—Dans l'état chronique établira-t-on un sainbois, un cautère ? oui, si l'enfant est humoral, et si l'expérience d'un point de suppuration a paru lui être favorable. — Les exutoires artificiels nous conduisent à la question des exutoires naturels, des eczémas, des impétigos, des croûtes de lait, des suintements, des suppurations, tous états qui sont si communs chez les enfants, que les mères sont si dé-

sireuses de faire passer, sur l'opportunité ou l'inopportunité desquels tant d'opinions ont été émises, que beaucoup de médecins ne savent que faire. En général on les modérera, on les fera disparaître des parties les plus visibles, les plus délicates, on les réléguera dans celles où ils sont moins gênants, moins disgracieux, on les guérira même complétement, en agissant par exemple sur l'état local et sur l'état général; mais on les respectera chez les enfants dangereux, chez ceux sur la viabilité desquels on a de grandes appréhensions.

Topiques. — Dans les crises d'éclampsie la tête est ordinairement brûlante; on y appliquera de la glace, des compresses trempées dans de l'eau froide, de l'eau vinaigrée, ou de l'eau éthérée; on pourra verser de l'éther sur le front, recouvert d'un linge fin, pour déterminer une réfrigération par l'évaporation de cette liqueur subtile. Sur le ventre on appliquera des cataplasmes chauds, émollients ou aromatiques. Les gens de la campagne mettent fréquemment de l'ail écrasé sur l'épigastre: laissons-les user de ce moyen qui est souvent le seul à leur portée; il fait un peu l'effet d'un sinapisme, d'un antispasmodique et d'un anthelminthique.

Bains. — Les bains agissent en disposant les muscles au relâchement, en détendant le ventre, en rafraîchissant le sang par l'eau qui s'absorbe, en l'appelant en plus grande abondance à la peau, et en décongestionnant les viscères. La vapeur qui pénètre dans les poumons, qui frappe l'odorat, n'est pas sans influence. Dans les crises même de convulsions, j'ai fait plusieurs fois mettre l'enfant dans un bain aromatisé avec des fleurs de tilleul, de la sauge, de la fleur de sureau, de la racine de valériane. — Si le bain est un peu chaud, on verse de l'eau froide sur le front en forme de douche réfrigérante.—Dans la forme chronique, c'est-à-dire lorsque les crises se représentent plus ou moins longtemps, les bains simples sont encore avantageux, mais particulièrement les bains sulfureux, surtout s'il y a simultanément quelque affection d'entrailles. Ces bains déterminent une rougeur, une congestion considérable vers la peau, qui doit dégorger beaucoup les organes internes, en même temps qu'ils sont toniques. — Aux riches et aux infortunés pour lesquels on pourra obtenir des billets d'hospice, on conseillera les bains d'eaux thermales; ceux qui seront le plus à leur portée, et de préférence les sulfureux. — Enfin les bains de mer avec l'exercice de la natation pour les enfants un peu grands me semblent dans quelques circonstances très-convenables.

3° *Système nerveux.* — On agit sur le système nerveux par les

antispasmodiques, par les narcotiques et les stupéfiants, et par l'éducation.

Antispasmodiques.—Existe-t-il des remèdes qui soient agréables aux nerfs, qui en modèrent les transports, et peut-on sérieusement et avec confiance recourir à cette classe de médicaments dits antispasmodiques, tour à tour dotés et dépossédés de propriétés merveilleuses ? J'avoue que je suis un peu du nombre des croyants, et que je les emploie volontiers, tout en rabattant ce qu'il y a d'exagéré dans les vertus qu'on leur prête. Je ne les regarde pas comme des moyens héroïques, mais bien comme de puissants adjuvants dont on aurait tort de se priver. — Les uns sont diffusibles et subtils, et conviennent dans la crise ; les autres sont plus fixes ; leur emploi se répète et se continue plus ou moins longtemps, et on peut les diriger contre le principe de la maladie. Dans la première catégorie se place l'éther, l'éther qui était en quelque sorte tombé dans la médecine domestique, que la haute pratique cherche à réhabiliter, et qui est appelé à une grande fortune si l'expérience confirme la rapidité et l'innocuité de ses vertus stupéfiantes. A côté viennent se ranger les teintures de musc, de castoréum, de différentes substances, et l'ammoniaque ou l'esprit de Mendérérus, qui a particulièrement une action efficace dans les spasmes des bronches, dans la dyspnée, ce qui pourrait bien trouver d'autres indications. Ces diverses liqueurs s'administrent par gouttes dans une potion, dans un verre d'eau sucrée, ou en inspirations, communément en présentant sous le nez un flacon débouché, un mouchoir imprégné, peut-être un jour avec un appareil à éthérisation. — La deuxième catégorie comprend le musc, le castoréum en substance, le camphre, l'assa-fœtida, l'extrait et la poudre de valériane, etc., qu'on administre surtout en lavements, en sirops ou en pilules, et dont on peut longtemps continuer l'usage sous cette dernière forme.—On seconde leur action par des tisanes appropriées de valériane, d'arnica, de feuilles d'oranger, de mélisse, d'hysope, etc., ou bien on varie ; le matin on prescrit des tisanes dépuratives de chicorée, de cresson, des jus d'herbes, des amers, des antiscorbutiques, et le soir des pilules et une infusion antispasmodiques.

Narcotiques. — De concert avec les antispasmodiques on administre aussi les narcotiques. On les donne à l'état aigu après qu'on a désempli les premières voies jusqu'à dose stupéfiante, si le calme ne survient pas facilement, de manière à substituer un engourdissement, un sommeil forcé, à une agitation épuisante pour le sujet, fatigante pour les parents ; ainsi j'ordonne souvent

une potion aromatique et opiacée, ou un lavement composé de 100 ou 150 grammes d'eau mucilagineuse, 20 centigrammes de musc et 4 ou 6 gouttes de laudanum. Je recommande beaucoup ce lavement musqué et laudanisé; je l'ai emprunté à l'excellente pratique de M. Baron, et je m'en suis plusieurs fois bien trouvé. — Dans la forme chronique on les emploie à doses réfractées, et toujours à l'état combiné : par exemple, je formule des pilules antispasmodiques, auxquelles je fais ajouter pour chaque un centigramme d'extrait thébaïque et autant ou le double d'extrait de datura stramonium, de belladone ou de jusquiame, à prendre d'une à trois par jour.

Je pratique, comme on le voit, une médecine active et variée : à l'état aigu je ne lâche pas mon malade que je ne l'aie calmé, saigné, évacué ou narcotisé, ou que j'aie eu la douleur d'être convaincu de mon impuissance. Quand la maladie est ancienne et persévérante, je répète et j'emploie successivement, et pendant longtemps, la plupart des moyens que nous avons énumérés. Il est rare que, sous l'influence de cette médication persévérante et mixte, les crises ne soient pas modifiées, et je le dis en tout honneur, ce sont les succès auxquels je suis arrivé qui m'ont porté à aborder ce sujet important, auquel je n'aurai sans doute pas donné une forme littéraire et séduisante, mais dont, je crois, j'aurai traité le fond et l'application pratique.

Éducation. — L'éducation comprend la nutrition, l'exercice physique et l'exercice moral.

Nutrition. — On cherchera pour les enfants éclamptiques une nourrice *Béotienne*, une sorte de vache à lait, grasse, fraîche, forte, qui vive de la vie des entrailles plutôt que de celle du cerveau, calme, impassible, qui du reste s'occupe de son nourrisson et prenne plaisir à l'élever. — Après l'allaitement, on lui donnera une nourriture qui occupe longtemps ses organes digestifs, et qui lui fournisse un sang lourd plutôt qu'excitant. On lui fera manger un peu de tout, mais principalement des soupes, du laitage, des légumes, et des fruits de bonne nature, et de la viande, et du vin seulement en petite quantité. Je ne suis pas partisan de ce régime de *bifteck* et de côtelettes, qu'il est de mode de prescrire maintenant. Sous cette riche alimentation, les enfants deviennent bien, si l'on veut, plus précoces, mais ils tombent souvent dans un état de *strictum*, qui n'est pas favorable à la croissance : l'état qui leur convient est le *laxum*, cet état où la circulation est facile, où les molécules constituantes peuvent être librement déposées, reprises et surajoutées les unes aux autres. Je ne suis pas exclusif; je ne veux pas débiliter le

sujet ; je ne proscris pas la viande pour lui substituer entièrement les féculents : je propose de mitiger ce régime animal qu'on est trop enclin à ordonner. Je veux faire prédominer le système abdominal et musculaire là où le système nerveux tend à prendre son essor avant d'avoir un support ; je veux suivre la marche de la nature, faire un corps avant de faire un esprit. Si l'enfant est faible, on activera la nutrition par des amers, des digestifs, des antiscorbutiques et une bonne hygiène.

On surveillera l'appétit des enfants, on appréciera la capacité, la tolérance, la force de leur estomac ; on se tiendra sur ses gardes quand ils mangent plus que d'habitude, qu'ils viennent trop replets, et on aura soin de ne pas les coucher le soir de suite après souper. On ne surveillera pas avec moins d'attention leurs selles, leur nombre, leur facilité, leur couleur, leur odeur, leur consistance ; il faut qu'elles soient jaunes, molles et au nombre de deux ou trois par jour : craignez la constipation à l'égal du dévoiement, et les matières cordelées, et noires et fétides ; donnez alors des boissons adoucissantes, des aliments relâchants, des lavements et des bains. — On peut certainement poser cet aphorisme : « Dis-moi comment tu *fais*, je te dirai comment tu te portes ». — Je pense, comme Bordeu, que nous vivons plus d'air que de pain, et que c'est en effet la raison pour laquelle, disait-il, les montagnards étaient si frais avec leur pain noir, et les Parisiens si étiolés avec leur riche alimentation. On recherchera donc une habitation saine, une rue aérée, une maison avec un jardin ; on fera promener les enfants, on les mènera à la campagne, et dans quelques cas on les y reléguera complétement.

Exercice physique. — L'exercice physique consiste pour le nourrisson à ne pas le laisser trop longtemps au berceau, à le porter, à le promener, à le secouer lorsqu'on le change, à lui donner le temps de s'égayer un bon petit moment, à lui faire faire l'essai de ses petits membres. Plus tard, ce seront ces mille exercices, dans le détail desquels nous n'entrerons pas ici, qui tous doivent avoir pour but de développer le corps, de le fortifier, et de dépenser la nervosité. On ne couchera pas les enfants éclamptiques sans qu'ils se soient exercés et fatigués, il faut les mettre au lit pour se reposer, pour réparer, et non pas pour s'en débarrasser.

Exercice moral. — On donne cours à l'esprit du nourrisson en l'agaçant, en souriant avec lui, en le faisant gazouiller, en frappant ses sens, en le faisant voir, entendre, toucher ; en lui faisant de la voix, des signes et des gestes ; ces discours, ces conversations qu'il comprend être pour lui, et que les nourrices

instinctives savent mieux lui adresser que les personnes savantes. Comme les organes de la digestion et de la locomotion, l'esprit doit être exercé, mais il doit suivre la progression. Le corps apparaît d'abord, puis l'esprit perce et anime la matière : de même l'enfant doit se fortifier avant de trop sentir et de trop exprimer. L'exercice de l'esprit est peut-être un des plus fatigants. La Bible a dit que le corps perd l'esprit ; je ferai volontiers dire à la médecine que l'esprit perd le corps. Il faut se borner chez les enfants à pressentir la disposition, l'aptitude, le germe de l'intelligence ; mais il ne faut pas chercher à la faire se développer trop tôt.—Il y a une sorte de solidarité et d'antagonisme entre ces trois fonctions, nutrition, locomotion, intelligence ; toutes trois sont distinctes, et paraissent avoir une même source nerveuse ; l'une obscurcit l'autre, on peut atténuer l'une en faisant révulsion sur les deux autres, principe d'une grande importance et qu'on devrait plus généralement appliquer. Si donc l'enfant auquel on a affaire a trop d'esprit, on cherchera à *l'abêtir* en faisant prédominer en lui la vie de nutrition et de locomotion sur celle de l'intelligence.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OHPTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE.—26. *Recherches sur les kystes de l'épididyme, du testicule et de l'appendice testiculaire ;* par L. GOSSELIN, agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du Bureau central.

(Suite : *voir* t. II, février 1848, p. 88.)

(Archives générales de Médecine, février 1848.)

2° *Kystes et autres maladies de l'appendice testiculaire.* — J'ai à dessein laissé de côté les petits kystes qui se développent sur l'appendice du testicule ; mais comme cet appendice est à peine connu, et indiqué seulement par un petit nombre d'anatomistes, j'ai besoin d'entrer à son égard dans quelques détails.

L'appendice testiculaire est une petite masse cellulo-fibreuse, quelquefois graisseuse, qui se rencontre normalement et à tous les âges sur la tunique albuginée du testicule, immédiatement au-dessous de la tête de l'épididyme. Son volume ne dépasse guère celui d'un pois, et il est souvent moindre; il est ordinairement piriforme, quelquefois aplati d'un côté à l'autre ; parfois il présente simplement l'aspect d'un petit lambeau membraneux.

L'appendice a une extrémité libre et une extrémité adhérente.

La première est toujours la plus grosse et la plus renflée; la seconde devient quelquefois assez mince pour représenter un pédicule. J'ai vu dans plusieurs cas ce pédicule extrêmement grêle, et paraissant sur le point de se déchirer; une fois même, sur le testicule gauche d'un enfant nouveau-né, j'ai trouvé, à la place qu'occupe habituellement l'appendice, une toute petite saillie irrégulière qui semblait être le reste d'une déchirure récente; il y avait en outre sur la face externe du testicule une masse comme fongueuse, libre de toutes parts, en tout semblable pour l'aspect à l'appendice lui-même, qui sans doute s'était détaché et était devenu libre dans la tunique vaginale. On ne voyait, du reste, dans la séreuse ni liquide ni fausses membranes. Je ne sais trop ce que serait devenue cette production, si l'enfant avait vécu; peut-être cependant aurait-elle été résorbée : ce qui me porte à croire la chose possible, c'est que, sur un petit nombre de testicules, j'ai vainement cherché l'appendice, il n'en restait aucune trace; et comme son existence est une chose assez constante, je me suis demandé s'il n'y aurait pas eu dans ces cas une déchirure semblable à celle que j'ai si bien observée, puis une disparition consécutive.

La position de l'appendice n'est pas absolument invariable, quoique ses changements aient toujours lieu dans des limites assez étroites : ainsi, il est plus ou moins rapproché de l'épididyme; mais cependant, il est toujours bien plus une dépendance de la séreuse testiculaire que de la séreuse épididymaire.

Pour ce qui est de la structure, cette partie est habituellement solide et pleine. La substance qui la forme est du tissu cellulaire condensé, quelquefois un peu graisseux; mais la graisse n'y est jamais en très-grande abondance. Cette substance est très-manifestement enveloppée de tous côtés par la séreuse, en sorte qu'on peut la regarder comme une production du tissu cellulaire sous-séreux, analogue aux appendices du péritoine et des autres membranes séreuses. C'est pourquoi j'ai accepté cette dénomination proposée déjà par Huschke dans son *Traité de splanchnologie*. La substance de l'appendice est quelquefois pâle; dans d'autres cas, elle est rouge, très-vasculaire et gorgée de sang; il y a d'ailleurs, sous ce rapport, une foule de variétés individuelles dont il serait inutile d'indiquer ici toutes les nuances.

J'ai vu souvent l'appendice augmenté de volume par une infiltration considérable de sérosité dans son épaisseur, et cela particulièrement lorsque la tunique vaginale contenait beaucoup de liquide, au milieu duquel se trouvait plongée la partie dont nous nous occupons.

Si à présent l'on se demande quels sont les usages de cette partie, que je regarde comme normale, et que j'ai retrouvée sur les sujets de tout âge, je répondrai, avec Huschke, qu'elle a de l'analogie avec les replis des autres membranes séreuses, et que son but principal, sans être fort important, est d'augmenter un peu l'étendue de la surface exhalante. Je me suis demandé également si les vaisseaux, souvent très-abondants, qui se distribuent dans ce point, n'auraient pas là quelque importance soit pour la sécrétion, soit pour l'absorption de la sérosité, et si, dans ce but, l'appendice ne serait pas destiné à maintenir habituellement plus vasculaire la partie correspondante de la tunique vaginale.

Je dis maintenant que l'appendice testiculaire ainsi décrit peut devenir le siége de quelques altérations, et particulièrement de kystes; et je dois ici faire part d'une erreur qui a été commise par quelques auteurs : cette erreur consiste à regarder comme un kyste l'appendice lui-même, alors qu'il n'offre pas de cavité accidentelle. Je vois, par exemple, que Morgagni, en parlant des *hydatides*, donne comme leur siége le plus ordinaire cette partie située au-dessous de l'épididyme où se trouve précisement l'appendice, et il ressort de tout ce qu'a écrit Morgagni en divers passages du *Sedibus et causis morborum*, qu'il a pu prendre, en effet, pour des hydatides ou des kystes la production que nous venons de décrire. Après lui, personne, que je sache, n'a signalé d'une manière particulière l'appendice, à l'exception de Huschke; mais ce dernier auteur, tout en donnant une idée plus exacte de l'appendice, a cependant encore eu le tort de le confondre avec les kystes, en disant : « On rencontre régulièrement, chez l'enfant comme chez l'adulte, une *hydatide* de 1 à 3 lignes de diamètre qui est située à l'endroit où le testicule se continue avec la tête de l'épididyme. » Et plus loin : « Je serais tenté de la regarder comme une répétition des lobes adipeux des grenouilles, comme un essai de formation de graisse, comparable surtout aux épiploons lombaires de plusieurs mammifères. »

Je ne veux pas revenir sur ce qu'il y a d'impropre dans ce mot *hydatide*; mais il est évident que ces auteurs ont confondu là deux choses bien différentes, savoir : les petits kystes, productions accidentelles se développant dans la tête de l'épididyme et n'existant que chez les sujets adultes et les vieillards, et l'appendice, production normale, régulière, existant à tous les âges de la vie, et analogue à ces productions des membranes séreuses qui ont pour effet de les étaler, et d'augmenter ainsi leur surface exhalante.

Ce qu'il faut ajouter, c'est que l'appendice, comme je le disais tout à l'heure, devient quelquefois le siége de kystes; mais la chose

est beaucoup trop rare pour que l'on puisse être autorisé à donner le nom d'hydatide à l'appendice lui-même. Je n'en ai rencontré que sept fois et c'était toujours sur des testicules de vieillards. Alors, la petite saillie se trouvait composée de deux portions, une rougeâtre et comme fongueuse, l'autre grisâtre, arrondie et manifestement formée par un liquide dans une poche. En ouvrant le kyste, j'ai trouvé le liquide tantôt jaunâtre, tantôt un peu trouble, exactement comme dans ceux de l'épididyme, et l'examen microscopique m'a fourni les mêmes résultats, surtout en ce qui concerne l'absence des spermatozoaires ; et comme la collection liquide se forme ici au milieu d'un tissu qui n'a aucun rapport avec les vaisseaux séminifères, nous y voyons une nouvelle preuve que ces productions peuvent bien se développer en dehors des voies séminales et en vertu d'une tendance particulière.

Je crois d'ailleurs que les kystes développés dans l'épaisseur de l'appendice peuvent se rompre et verser leur contenu dans la tunique vaginale ; mais je n'en ai pas observé d'exemple. Après la rupture, l'appendice lui-même resterait avec ses caractères habituels, mais je répète encore une fois que ce serait une erreur que de regarder, avec Morgagni, l'appendice comme étant toujours le résultat d'un kyste rompu, et dont la paroi aurait subi un certain épaississement. L'existence de cette production à tous les âges, et en particulier chez l'enfant nouveau-né ; d'une autre part, la rareté des kystes en ce point, et leur développement à un âge avancé, sont les raisons qui combattent cette manière de voir.

J'ajouterai que j'ai trouvé une fois de petites concrétions dans un de ces kystes dépendant de l'appendice, et que plusieurs fois j'ai vu à la surface de ce dernier des concrétions plus volumineuses, adhérentes seulement par une substance comme gélatiniforme. Je crois que les corps libres de la tunique vaginale se développent souvent de cette manière à la surface de l'appendice, dont ils se détachent ultérieurement ; mais il ne m'est pas possible de donner la cause ni d'expliquer le mécanisme de cette formation.

8° *Des grands kystes.* — Je me suis occupé jusqu'à présent d'une production accidentelle qui n'a guère de rapports avec la pratique chirurgicale, et qui nous intéresse plutôt au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologique. Les kystes dont il me reste à parler rentrent au contraire dans le domaine de la chirurgie et complètent la catégorie des hydrocèles.

Je dirai d'abord que ces grands kystes ont été déjà signalés, et particulièrement par les chirurgiens anglais ; je ne veux pas

parler ici de l'affection décrite par A. Cooper, sous le nom de *maladie enkystée du testicule*. Dans cette maladie, qui est assez rare, et dont je n'ai pour ma part observé qu'un seul exemple, les kystes sont parenchymateux et occupent la cavité de la tunique albuginée : au contraire, ceux dont il va être question occupent l'extérieur de la tunique albuginée et se développent sous la séreuse ; si je laisse de côté la maladie d'A. Cooper, c'est tout simplement parce que je n'en ai pas vu, ni disséqué moi-même un assez grand nombre, pour en avancer l'étude en quoi que ce soit.

Brodie me paraît être le premier chirurgien qui ait fait connaître les grands kystes superficiels du testicule et de l'épididyme. Ses recherches se trouvent consignées dans les *Archives générales de médecine* (t. XIII et XIV, 1re série), qui ont donné la traduction d'un article publié dans un journal anglais en octobre 1826 ; on les trouve encore plus détaillées dans la reproduction des leçons de ce chirurgien (*London medical gaz.*, t. XIII ; 1834). Là, en effet, en parlant de l'hydrocèle enkystée, Brodie admet trois variétés principales, savoir : l'hydrocèle enkystée du cordon, celle du testicule et celle de l'épididyme ; ces deux dernières sont constituées par des kystes qui se développent au-dessous du feuillet viscéral de la tunique vaginale. L'auteur n'a pas décrit du tout les petits kystes ; il ne s'est occupé que de ceux qui intéressent le praticien, et surtout il n'a pas donné toutes les notions anatomo-pathologiques qui eussent été nécessaires pour fixer suffisamment l'attention des chirurgiens.

Longtemps après les premières publications des travaux de Brodie, M. Curling, auteur d'un traité spécial sur les maladies du testicule (1844), a de nouveau signalé la maladie dont je m'occupe (on trouve un extrait fort détaillé du livre de Curling, dans *Britisch medical review*, t. XVII). Cet auteur a bien indiqué les différences de volume que les kystes du testicule et de l'épididyme peuvent offrir, et pour les grands, il a reproduit, à peu de chose près, la description de Brodie, dont je parlais tout à l'heure.

Quelques faits de détail, sur lesquels j'aurai l'occasion de revenir, ont encore été cités dans les recueils anglais ; mais ces faits, comme ceux de Brodie et de Curling, ont échappé à la plupart des chirurgiens, parce que l'anatomie pathologique n'a pas été bien faite. En France, à peine les grands kystes du testicule sont-ils connus ; vainement vous en chercheriez une indication dans les livres de Boyer, Richerand, Dupuytren, ou dans les leçons de nos maîtres actuels. M. le professeur Velpeau

lui-même, qui a écrit sur l'hydrocèle et sur les maladies du testicule des articles si complets dans le *Dictionnaire de médecine*, a laissé de côté cette variété incontestablement fort curieuse de l'hydrocèle. C'est qu'en France, et on ne doit pas s'en plaindre, il nous faut des connaissances positives. Une maladie nouvelle ou peu connue n'est pas éclairée suffisamment par les faits cliniques, il faut que l'anatomie intervienne et nous fasse toucher du doigt les difficultés et les réalités du sujet. Voilà ce qui a manqué pour cette maladie; il y a donc là une petite lacune, et je veux essayer de la combler.

J'ai d'ailleurs feuilleté quelques recueils périodiques français, et j'y ai trouvé fort peu de chose. Je mentionnerai cependant un fait très-curieux; il a été observé par M. Gerdy, qui a cru devoir, dans ce cas, pratiquer l'extirpation de la tumeur; or, je ne doute pas, pour ma part, que cette méthode soit la moins convenable de toutes, et j'espère que l'étude anatomo-pathologique des kystes le démontrera suffisamment.

Je vais maintenant faire connaître quelques faits. Au mois d'octobre 1846, je trouvai, sur le testicule droit d'un sujet qui me servait à des préparations pour le concours de chef des travaux anatomiques, un kyste gros comme une noix un peu forte. Ce kyste était placé au-dessous de l'épididyme, entre ce corps et le bord supérieur du testicule; mais, à cause de son volume, il dépassait les bords et l'extrémité de l'épididyme. J'avais senti à travers la peau du scrotum une tumeur anormale, et certainement cette poche était assez grosse pour que le malade ait pu la sentir. Elle était ainsi dans la condition que j'ai voulu implicitement indiquer en me servant de cette expression : *grands kystes;* j'ai entendu désigner par là, en effet, ceux qui prenaient assez de volume pour être offerts aux soins de la chirurgie.

Avant d'ouvrir ce kyste, je m'occupai d'injecter le testicule à l'essence de térébenthine. L'épididyme s'est très-bien rempli jusqu'à son extrémité, et l'injection a passé par les vaisseaux efférents dans le corps d'Highmore; j'ai pu voir alors très-bien que ces vaisseaux efférents contournaient la partie postérieure du kyste, qui les avait un peu refoulés. Du reste, la matière à injection n'est point du tout arrivée dans la poche. J'ai ensuite ouvert : il s'est écoulé un liquide grisâtre que je n'ai point examiné au microscope.

Le 2 mai 1847, j'ai trouvé, sur le testicule droit d'un sujet qui pouvait avoir cinquante ans, un kyste gros comme une petite noix; il se trouvait à l'extrémté de la tête de l'épididyme qu'il semblait continuer, se prolongeant cependaut un peu au-dessous

de lui pour se mettre en rapport avec le bord supérieur du testicule. J'ouvris immédiatement la poche : il s'en écoula un liquide *grisâtre, opalin.* Ce liquide examiné au microscope, à quatre reprises différentes, contenait une innombrable quantité d'animalcules spermatiques morts, avec une évidence parfaite.

Je pris à diverses reprises un peu de liquide dans le canal déférent; je n'y trouvai pas du tout de spermatozoaires, et je n'en trouvai pas davantage dans le liquide recueilli le lendemain sur une coupe de l'épididyme, et dans les voies spermatiques du côté opposé; je tiens à ce qu'on remarque bien cette circonstance : spermatozoaires très-abondants dans le kyste, absence d'animalcules dans les voies spermatiques.

Le kyste étant vidé, j'agrandis un peu son ouverture, et j'examinai sa surface interne : elle était partout lisse et luisante, et je ne pus voir en aucun point de déchirure ou d'ouverture par laquelle eût été possible le passage d'un liquide venant de l'épididyme. La paroi était fort étroitement appliquée contre la substance de ce dernier ; je suis parvenu à l'en séparer avec le scalpel, mais il a fallu faire une dissection très-attentive. J'aurais voulu voir le résultat d'une injection ; mais une rupture se fit vers le milieu de l'épididyme, l'essence de térébenthine s'épancha, et il fallut renoncer à ce mode d'exploration.

Il y a dans ce fait trois choses importantes : un kyste bien circonscrit, un liquide opalin, et des spermatozoaires. Ces trois choses, en effet, peuvent se rencontrer pendant la vie, et servir par conséquent au diagnostic. En voici un exemple que j'ai observé dernièrement à l'hôpital Saint-Antoine :

Biard (Jean-Nicolas), âgé de 65 ans, homme de peine, un peu affaibli par l'âge et par des travaux pénibles, a éprouvé il y a trois ans un sensation de piqûre ou de déchirure vers le testicule droit, au moment où il soulevait de terre un lourd fardeau. A peine y eut-il de la douleur; le malade n'en continua pas moins ses occupations ; mais une petite tumeur ne tarda pas à se montrer, elle augmenta peu à peu de volume, et finit par devenir gênante à cause de son poids et des tiraillements qu'elle occasionnait.

Le malade se présente à l'hôpital le 13 avril 1847 ; nous trouvons dans le côté droit du scrotum une tumeur de forme assez singulière à la vue ; mais le toucher fait bientôt reconnaître que cette tumeur, placée tout à fait au bas du cordon spermatique, est bien distincte du testicule qui, se trouvant au-dessous un peu en arrière, est comme coiffé par elle. Son volume est à peu près

celui d'une petite pomme d'api ; elle présente une fluctuation et une transparence des plus évidentes.

Il s'agissait là d'une hydrocèle qui n'était point dans la tunique vaginale, puisque le testicule n'était pas entouré de tous côtés, et se trouvait parfaitement distinct au-dessous de la tumeur. C'était donc une hydrocèle enkystée, et je pensai qu'il s'agissait d'une hydrocèle enkystée du cordon. En effet, il arrive quelquefois, et j'ai eu l'occasion d'en disséquer un très-bel exemple, que la partie la plus inférieure du cordon spermatique devient le siége de collections aqueuses ; l'hydrocèle enkystée alors n'a pas cette mobilité si remarquable de celles qui se développent sur les autres points de la longueur du cordon spermatique.

J'opérai ce malade le 19 avril ; la ponction donna issue environ à 120 grammes d'un liquide trouble, opalin, dont l'aspect par conséquent était bien différent de celui de la sérosité ordinaire des hydrocèles ; puis je fis l'injection iodée.

Ce liquide opalin, examiné le jour même au microscope, était rempli de spermatozoaires.

Je n'hésitai pas dès lors à changer mon diagnostic et à penser qu'il s'agissait d'un kyste développé entre le testicule et l'épididyme, semblable à ceux dont j'ai tout à l'heure cité des exemples, et à ceux que Brodie a indiqués sous le nom d'hydrocèles enkystées de l'épididyme. En effet, il n'est pas possible d'admettre que, dans le tissu cellulaire du cordon, un peu loin par conséquent des conduits spermatiques, il se développe un kyste renfermant des animalcules.

Les suites de l'opération n'ont offert rien de particulier ; l'inflammation consécutive n'a pas été très-intense ; le malade a quitté l'hôpital le 6 mai, conservant encore un peu de gonflement, sans fluctuation et sans transparence ; je lui avais recommandé de venir nous voir de temps en temps, parce que je tenais à savoir si la guérison s'était maintenue. Il est revenu une seule fois au bout de trois semaines ; la tuméfaction était moindre qu'à l'époque de sa sortie, mais il restait encore un noyau assez dur à la place occupée primitivement par le kyste.

Dans les faits qui précèdent, la poche anormale est bien circonscrite et fait saillie dans la cavité de la tunique vaginale, qui ne présente elle-même rien de particulier ; mais il est possible aussi que, refoulé par l'accroissement considérable du kyste, le feuillet viscéral vienne se mettre en contact et adhérer dans une certaine étendue avec le feuillet pariétal, et qu'ainsi le kyste, considérablement développé, soit pris pour la tunique vaginale elle-même, distendue par une hydrocèle. En voici un exemple :

Le 17 septembre 1847, j'ai trouvé, sur le cadavre d'un homme qui pouvait avoir 55 ans, le côté gauche du scrotum distendu par une collection liquide plus volumineuse que le poing; la distension était régulière et uniforme, et je ne doutai pas qu'il s'agissait d'une hydrocèle ordinaire. Je fis une ponction avec la pointe d'un scalpel, et je vis sortir un liquide opalin et non séreux comme dans l'hydrocèle simple. Prévenu par cette couleur, d'après mes observations antécédentes, j'examinai ce liquide au microscope, et j'y trouvai en effet un très-grand nombre de spermatozoaires; j'ai ensuite, ce jour-là et les jours suivants, examiné de la même façon le liquide recueilli dans le canal déférent sur ce testicule et sur celui du côté opposé qui n'offrait rien d'anormal ; je n'ai pu y rencontrer un seul animalcule, exactement comme dans le second fait que j'ai rapporté.

Je crus pendant quelque temps avoir sous les yeux l'exemple d'une hydrocèle de la tunique vaginale renfermant des spermatozoaires, et je me mis en devoir de chercher par quelle voie les animalcules avaient pu se faire jour dans la cavité de la séreuse; mais je remarquai d'abord une chose, c'est que, la poche étant largement ouverte, le testicule n'y faisait pas saillie, comme cela a lieu habituellement ; il semblait refoulé, et ne présentait pas sa couleur blanche ordinaire. Je retournai alors la pièce, pour chercher le côté interne du testitule que je ne voyais pas dans l'intérieur de la poche : quel ne fut pas mon étonnement de trouver là, après avoir disséqué couche par couche, une autre cavité sans liquide, c'est-à-dire la vraie tunique vaginale, sans aucune communication avec la grande poche précédemment ouverte !

J'ai reconnu, en un mot, que le liquide plein de spermatozoaires n'était pas dans la tunique vaginale, ainsi que j'avais dû le penser d'abord, mais qu'il occupait une poche accidentelle énormément dilatée. Cette poche avait refoulé la partie externe du feuillet viscéral de la séreuse ; des adhérences partielles s'étaient établies avec le feuillet pariétal, et ainsi, loin que la séreuse fût agrandie, elle avait perdu un peu de sa capacité. Je ne doute pas que, sur le vivant, tous les chirurgiens appelés à donner des soins à ce malade auraient cru opérer une hydrocèle de la tunique vaginale.

Les faits précédents, ajoutés à ceux qu'a rapportés Brodie, montrent donc qu'il peut se former dans l'appareil testiculaire des kystes indépendants de la tunique vaginale et susceptibles de prendre assez d'accroissement pour gêner les malades, et réclamer l'intervention de la chirurgie. D'après ce que j'ai vu, ces kystes se développent entre la tête de l'épididyme et le testicule ;

en s'accroissant, ils peuvent refouler en haut l'épididyme ; ou bien, comme cela avait lieu dans le dernier cas, le sac anormal se développe davantage dans un sens, soit en dehors, soit en dedans, et il laisse la tête de l'épididyme appliquée sur le testicule.

La paroi du kyste, dans les faits de ce genre, est en rapport avec le feuillet viscéral de la séreuse au-dessous duquel il a pris naissance ; en arrière, elle se trouve dans le voisinage des vaisseaux efférents ; en haut, elle touche l'épididyme, et j'ai trouvé que ses connexions avec ce dernier étaient plus solides qu'avec le testicule. Ce que j'ai vu, au reste, ne m'autorise pas à décrire à part, comme l'a fait Brodie, l'hydrocèle enkystée de l'épididyme et celle du testicule. Il me paraît que ces sacs anormaux ont leur point de départ habituel au-dessous de l'épididyme, et jusqu'à présent je n'ai pas trouvé d'exemple de kyste un peu volumineux ayant pris naissance sur la tunique albuginée même ; peut-être cependant y a-t-il à cet égard des variétés qui ne se sont pas présentées à mon observation.

Ce qu'il y a de remarquable pour ces kystes, c'est la fréquence et la quantité des spermatozoaires qui s'y trouvent mélangés. Peut-être le liquide est-il quelquefois séreux et sans animalcules ; mais je n'en ai pas vu d'exemple, et il est positif que, dans les trois seuls faits pour lesquels j'ai employé le microscope, j'ai trouvé un grand nombre de ces animalcules en tout semblables à ceux qui se rencontrent dans le sperme. Je tiens à faire ressortir surtout la teinte opaline qu'a présentée le liquide dans ces faits ; je pense que, dans les cas douteux, après une ponction, cette couleur du liquide mettra sur la voie, et devra faire soupçonner l'existence des animalcules spermatiques.

Et maintenant je pose cette question : l'existence des animalcules dans le liquide d'une hydrocèle devra-t-elle faire penser qu'il s'agit purement et simplement d'un kyste et non d'un épanchement dans la tunique vaginale elle-même ? Si je m'en rapportais seulement aux faits que j'ai cités, la réponse ne serait pas douteuse ; car dans ces faits, il est de toute évidence que l'épanchement n'était pas dans la tunique vaginale, et d'un autre côté, j'ai un grand nombre de fois examiné le liquide des hydrocèles ordinaires, et je n'y ai trouvé ni la couleur opaline, ni les animalcules ; mais comme il est possible que mes observations cadavériques n'aient pas encore été assez nombreuses, il est bon de rechercher ce qu'ont dit sur ce point les chirurgiens qui ont parlé de spermatozoaires dans le liquide de l'hydrocèle.

Or, voici ce qui nous frappe tout d'abord :

La plupart des chirurgiens qui ont mentionné la présence des

zoospermes dans l'hydrocèle ordinaire se sont appuyés sur des faits cliniques, c'est-à-dire sur des opérations faites pendant la vie des malades : tels sont, par exemple, MM. Lloyd et Childs, en Angleterre, M. Velpeau, en France ; mais personne n'a démontré jusqu'à présent, par des observations anatomiques et des dissections, l'existence des animalcules dans la tunique vaginale. Or, on conçoit de suite l'objection : puisque les kystes de l'épididyme sont susceptibles de prendre, comme dans mon dernier fait, un accroissement assez grand pour qu'il soit impossible pendant la vie de les distinguer des hydrocèles ordinaires, il se pourrait bien que cette erreur eût été commise dans les cas des chirurgiens cités plus haut, et qu'ils eussent en réalité ponctionné un kyste, en croyant ponctionner la tunique vaginale.

D'un autre côté, les auteurs, qui ont occasion de trouver sur le cadavre des zoospermes dans les hydrocèles, les rencontrent dans des kystes indépendants de la tunique vaginale. Tel est, par exemple, M. James Paget ; ce chirurgien a fait connaître (*Medico-chirurgical*, t. XXVII) une autopsie, dans laquelle il a trouvé attaché à la surface de l'épididyme un kyste contenant un liquide *opaque* et *blanchâtre*, et une quantité innombrable de zoospermes morts. Mes résultats sont en tout semblables à ceux-là ; c'est-à-dire que, sur le cadavre, j'ai vainement cherché des zoospermes dans le liquide de la tunique vaginale, et j'en ai au contraire observé dans les kystes ; sur le vivant, j'en ai trouvé également dans un cas où il ne peut s'élever aucun doute sur l'existence d'une hydrocèle enkystée.

Je tenais à faire ressortir cette circonstance ; car on a, depuis quelques années, beaucoup agité la question de savoir comment et par quelle voie les zoospermes pouvaient arriver dans la tunique vaginale. Je ne reproduirai pas les opinions qui ont été émises à cet égard, mais je dirai tout simplement : la présence des zoospermes dans le liquide de la tunique vaginale est une chose qui n'a pas été démontrée par l'inspection cadavérique, et qui a besoin de l'être. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

27. *Considérations nouvelles sur l'étiologie et le traitement de la gangrène sèche des membres;* par M. Jobert de Lamballe, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

(Bulletin général de Thérapeutique, janvier 1848.)

Bien que les exemples de gangrène sèche des membres ne soient pas excessivement rares, il n'est cependant pas commun de la voir survenir à la suite d'une piqûre faite avec un instrument imprégné de matière septique. On peut même dire que

cette cause n'a pas été jusqu'à présent indiquée par les auteurs. Ainsi, Boyer parle bien d'une gangrène résultant de la malignité de la cause de l'inflammation, d'un agent délétère ou d'une substance hétérogène pernicieuse répandue dans l'économie animale et qui porterait la mort dans l'endroit où elle se rassemble ; mais ici, Boyer parle d'une gangrène humide, ce n'est que quelques pages plus loin qu'il décrit la gangrène sèche ; on voit de plus, par le passage que nous venons de citer textuellement, que l'illustre chirurgien de la Charité considérait cet agent délétère comme une cause générale, pouvant agir consécutivement sur plusieurs points non déterminés du corps. Dans le Compendium de médecine pratique, on lit la phrase suivante : « Un sujet se blesse avec un instrument imprégné d'une liqueur putride, et, bientôt après l'apparition de divers symptômes de résorption, des gangrènes se forment aux membres ou dans d'autres tissus. » Mais, outre qu'ici les auteurs n'indiquent pas quelle espèce de gangrène, on voit qu'ils considèrent, comme Boyer, la liqueur putride seulement comme une cause générale donnant lieu à une altération du liquide en circulation ; en effet, quelques lignes plus bas, en parlant de la pustule maligne et des maladies charbonneuses, ils font remarquer comme caractère distinctif, que dans ces affections la gangrène se développe dans le point même qui a reçu le contact de la matière septique.

Comme on le voit, le sujet est entièrement neuf, et les trois faits qui se sont présentés à l'observation de M Jobert ont une importance telle, qu'il nous a paru utile de les faire connaître, ainsi que les considérations émises par l'habile chirurgien sur le mode d'action de la matière septique.

Voici d'abord les faits :

Piqûre d'épingle imprégnée de matière septique, gangrène sèche du doigt indicateur précédée des phénomènes généraux de l'intoxication; désarticulation; guérison.

Obs. I. Le nommé Gaudron (Étienne), âgé de 57 ans, est employé à la buanderie de l'hôpital Saint-Louis. Dans la journée du 27 octobre, cet homme, d'une bonne constitution, était occupé à rassembler le linge sale, lorsqu'il se piqua avec une épingle laissée après les linges qui avaient servi aux pansements. La piqûre fut assez profonde pour que le paquet de compresses lui restât suspendu au doigt. Il eut bien immédiatement le soin de faire saigner abondamment la petite plaie, de la laver à grande eau ; malgré ces précautions, le soir même le doigt était engourdi et le siége de quelques douleurs, qui n'empêchèrent pas Gaudron

de se remettre à son travail le lendemain, 28 septembre. Mais, vers deux heures de l'après-midi, il fut pris d'un frisson interne auquel succédèrent des alternatives de chaud et de froid ; vers le soir, il survint même du délire, de la courbature, de l'inappétence. A dix heures du soir, le délire se calma, mais toute la phalange unguéale du doigt indicateur devint le siége de phlyctènes qui contenaient une eau rousse presque noire ; dans les intervalles qui existaient entre ces phlyctènes, la peau était noire, complétement insensible.

Les symptômes généraux se dissipèrent les jours suivants, l'appétit revint, mais le doigt se dessécha, devint complétement noir comme on l'observe dans la gangrène sénile. C'est alors que le malade entra dans la salle Saint-Augustin, où nous constatâmes l'état suivant : les deux dernières phalanges du doigt indicateur sont noires, desséchées, racornies, froides et insensibles. La gangrène s'étend un peu plus sur la face dorsale du doigt que sur la face palmaire. Tout autour de l'eschare, les chairs sont boursouflées et le siége du travail d'élimination. La gangrène est parfaitement limitée. L'état général est satisfaisant.

Après avoir laissé, pendant quelques jours, le travail d'élimination se faire, la partie gangrénée devint mobile au niveau de l'articulation de la première phalange avec la seconde. M. Jobert se décida alors à en pratiquer la désarticulation. A partir de ce moment, la plaie présenta tous les caractères d'une plaie simple qui suppure ; elle se recouvrit de bourgeons charnus, et la cicatrisation ne se fit pas attendre.

Obs. II.—Le 21 novembre 1847, est entrée à l'hôpital Saint-Louis la nommée Simonneau (Marie), âgée de cinquante ans, garde-malade. Cette femme, d'une forte constitution et d'une santé habituellement bonne, donnait des soins à une dame qui avait subi, quelques jours auparavant, l'amputation d'un sein ; elle était occupée à coudre ensemble les linges qui, ayant servi au pansement, étaient imprégnés de pus et de matières septiques, lorsqu'elle se piqua avec son aiguille la pulpe du pouce droit. Elle n'y fit d'abord pas grande attention ; mais, le soir même, ses doigts et sa main étaient engourdis. Elle n'en continua pas moins d'aller travailler, et ne ressentit aucun malaise ; ce n'est que le surlendemain, dans la nuit, qu'elle fut prise d'un frisson violent, accompagné de céphalalgie, de courbature, d'inappétence, de vomissements et de diarrhée. Le lendemain matin, les doigts étaient noirs, desséchés, racornis ; elle entre alors à l'hôpital Saint-Louis. Pendant les huit premiers jours, les symptômes généraux persistèrent, quoique avec une intensité moindre ; au bout

de ce temps, l'appétit revint, la gangrène se limita, et, le 7 décembre, M. Jobert se décida à pratiquer la désarticulation de la phalangette. Aucun accident ne se manifesta, et cette malade est sortie de l'hôpital le 15 de ce mois, complétement guérie, conservant une grande partie de son doigt.

A ces deux faits observés à l'hôpital Saint-Louis, nous en ajouterons un troisième que ce chirurgien a observé en ville avec M. le docteur Delaroque père.

Obs. III. — Le nommé Denis, âgé de cinquante ans, habituellement bien portant, est domestique chez un agent de change dont le fils s'occupe de peinture. Chaque soir, ce domestique nettoie l'atelier de son jeune maître. Parmi les matières qu'il avait à toucher, se trouvaient des poisons minéraux et quelquefois des substances animales en putréfaction. Quoiqu'il en soit, c'est après avoir nettoyé l'atelier, que cet homme sentit le pouce de la main droite s'engourdir. Bientôt des symptômes généraux intenses se déclarent : de la céphalalgie, de la courbature, de l'inappétence, des vomissements, le tout précédé de frisson violent. La phalange unguéale du pouce ne tarda pas à être frappée de gangrène; elle devint noire, se dessécha, se racornit, perdit toute sa chaleur animale et sa sensibilité. Ce fut alors que M. Jobert fut appelé auprès du malade. Comme son attention avait été éveillée sur ce sujet par les faits dont il était témoin à son hôpital, ce chirurgien questionna ce malade, et apprit que le jour même, où s'étaient manifestés ces symptômes généraux, cet homme portait au pouce une excoriation à laquelle il n'avait fait aucune attention, attendu qu'elle ne l'empêchait point de se livrer à son travail habituel. Dès lors, il n'y eut plus de doute pour M. Jobert, la gangrène était le résultat d'une matière septique qui avait agi par inoculation. M. Jobert pratiqua la désarticulation de la phalange unguéale ; mais la gangrène ne se borna pas là : la première phalange du pouce fut elle-même bientôt envahie, et il fallut en pratiquer la désarticulation. A la suite de cette seconde opération, la gangrène s'arrêta bien ; mais il survint du phlegmon diffus, qui s'étendit à tout l'avant-bras, et le malade, dont la vie était en danger par l'abondance de la suppuration, ne dut son salut qu'aux nombreuses incisions qui furent pratiquées pour donner issue au pus. Aujourd'hui ce malade est presque complétement guéri.

« Ces trois faits, dit M. Jobert, sont de la plus haute importance ; ils vous montrent une espèce de gangrène qui n'a pas encore été décrite par les auteurs, et qui n'a de la gangrène sénile que l'aspect extérieur. Il n'y a là ni artérite, ni lésions du sys-

tème veineux ou du système nerveux, et si nous nous reportons aux symptômes généraux éprouvés par nos trois malades, il est impossible de ne pas admettre qu'il y a eu là un véritable empoisonnement du doigt, produit par l'inoculation d'un virus qui a agi de la même manière que celui qui produit la pustule maligne. Dans la pustule maligne, en effet, que voyons-nous? un virus qui détermine la gangrène des parties sur lesquelles il est déposé, et des symptômes généraux graves : il y a seulement ici une différence importante à établir, sinon sous le rapport du virus considéré en lui-même, au moins sous celui de son intensité : le virus, en effet, qui produit la pustule maligne, a une action en quelque sorte indéfinie, tandis que celui dont nous parlons maintenant a une énergie moins intense ; la gangrène qui en est la conséquence se limite toujours après un certain temps, la force s'affaiblit de plus en plus ; et cela est tellement vrai, qu'il peut arriver et qu'il arrive, comme je l'ai observé sur le malade de M. Delaroque, qu'après avoir épuisé toute sa force désorganisatrice, gangréneuse, le virus conserve encore assez d'énergie pour produire, non plus la mortification des tissus, mais une inflammation diffuse, un véritable phlegmon diffus. Vous n'avez pas oublié les accidents inflammatoires qui, après la gangrène complète du pouce, ont envahi l'avant-bras de ce domestique dont je vous ai raconté l'histoire il n'y a qu'un instant, et qui n'a dû sa vie qu'aux nombreuses incisions que j'ai pratiquées pour donner une facile issue au pus. En présence d'un fait de cette nature, il est impossible de ne pas se rappeler ce que Dupuytren disait de l'inflammation qui survient à la suite de la saignée du bras. Pour lui cette inflammation n'était pas le résultat direct de la saignée, mais bien celui d'une idiosyncrasie, d'une constitution particulière. Je ne partage pas l'opinion de Dupuytren, et pour moi l'inflammation qui succède à la saignée dépend uniquement d'une matière septique, espèce de virus inoculé par la lancette. Voilà pourquoi je considère les piqûres anatomiques comme des accidents dus à la pénétration de la matière septique.

« Pour me résumer, je vous dirai que, suivant moi, les accidents inflammatoires ou autres qui succèdent à la piqûre d'une lancette ou d'un scalpel, ou qui semblent se développer spontanément, comme dans les trois faits que je vous ai fait connaître et dans la pustule maligne, tous ces accidents, dis-je, sont le résultat d'une seule et même cause dont le mode d'action est absolument le même, et ne présente de différence que dans son intensité : ici l'action du virus se borne à une inflammation diffuse phlegmoneuse ; là il produit une gangrène locale, qui se limite par défaut

de matière virulente, en quelque sorte, bien que sa force ne soit pas toujours épuisée ; mais alors, rentrant dans les conditions du cas précédent, son intensité n'est plus susceptible que de donner lieu à une inflammation phlegmoneuse. Plus loin, enfin, nous voyons le virus agir d'une manière illimitée, détruire indéfiniment tous ces tissus, c'est le cas de la pustule maligne.

« Le traitement de cette nouvelle espèce de gangrène se divise en traitement général et traitement local.

« Le traitement général, qui n'est ici qu'accessoire, consiste dans des boissons adoucissantes, de légers dérivatifs sur le canal intestinal, et l'opium à l'intérieur. Malgré la gravité et l'intensité des symptômes généraux, il faut bien se garder de pratiquer des saignées, qui n'auraient ici pour effet que de faciliter l'absorption du virus, et de déterminer des accidents beaucoup plus graves. Tous les efforts du chirurgien doivent tendre, au contraire, à localiser, autant que possible, l'action de la matière septique, à la détruire complétement s'il se peut; or, il n'y parvient qu'au moyen du traitement local. Ce dernier est celui même de la pustule maligne, c'est-à-dire la cautérisation pratiquée avec le fer rouge. Ce n'est pas sans raison que je parle du fer rouge ; tout autre caustique n'atteindrait pas le but aussi bien, car il faut ici une action profonde et en quelque sorte instantanée, qui attaque et détruise immédiatement tout le virus qui n'a pas encore agi. Si ce dernier a déjà produit la gangrène d'une certaine quantité de tissus ; si, d'un autre côté, la gangrène est peu étendue, il ne faut pas hésiter à cautériser encore, de manière à attaquer le virus au delà de l'eschare qui existe. Si, enfin, la gangrène a produit la mortification de toute l'épaisseur d'un organe, comme d'un doigt ou d'une phalange, il n'y a plus d'autre ressource que dans l'extirpation.

« Toutefois, lorsqu'on est obligé d'en venir à ce moyen extrême, il ne faut pas oublier que, pour les doigts de la main, le plus petit moignon peut être d'une grande utilité. Le chirurgien, en pareil cas, fera donc bien de respecter la partie de l'organe, quelque petite qu'elle soit, qui n'aura pas été envahie par la gangrène. »

---

28. *De la réduction des hernies épiploïques inguinales anciennes ;* par M. Malgaigne.

(Revue médico-chirurgicale, mars 1848.)

Je ne veux point parler des hernies épiploïques récentes, ni même des épiplocèles de vieille date, qui, retenues habituellement par un bandage, s'échappent par hasard et résistent plus ou moins à la réduction. Il ne sera question ici que des tumeurs

épiploïques, séjournant dans le scrotum depuis plusieurs mois, et même depuis plusieurs années, et que l'on juge communément irréductibles.

Dans ces circonstances, l'épiploon sorti du ventre, et soumis à une pression beaucoup moindre, s'engorge, s'hypertrophie, et prend un développement quelquefois excessif. La tumeur qu'il constitue remonte dans le canal sous la forme d'un pédicule généralement assez mince en comparaison du corps de la hernie ; dans sa portion scrotale elle semble arrondie ou ovoïde à la vue ; mais au toucher elle offre des irrégularités notables, molle en certains points, dure en d'autres, parsemée de saillies, de bosselures, ou même de petites tumeurs presque détachées de la tumeur principale, et donnant la sensation d'olives ou de petites noix. En général, le testicule demeure libre et parfaitement reconnaissable au-dessous ; quelquefois cependant la tumeur descend jusqu'au niveau de l'épididyme ; il n'est pas rare non plus de trouver du liquide épanché soit dans le sac herniaire, soit dans la tunique vaginale; et le testicule, en quelque façon noyé dans la tumeur, ne peut en être distingué qu'à l'aide de la pression et de la douleur caractéristique qu'elle détermine. L'épiplocèle est presque absolument indolente à une pression modérée, bien que, comme nous le verrons, une pression énergique et soutenue y développe des douleurs excessives.

Que convient-il de faire dans les hernies de ce genre ? Arnaud, le premier, a traité avec étendue des moyens d'en opérer la réduction.

Quand la hernie est d'assez petit volume pour qu'on puisse la ramasser au bord de l'anneau, il conseille de la contenir avec un bandage à pelote concave; « ce bandage ainsi posé, dit-il, oblige le plus ordinairement la hernie à rentrer dans le ventre, si l'on a soin, de temps en temps, de mettre des compresses dans sa cavité qui remplissent le vide que la diminution de la tumeur y cause. »

Quand la hernie est volumineuse, il veut qu'on cherche à la diminuer par la saignée réitérée, les lavements fréquents et la diète. Des fomentations émollientes et des embrocations huileuses sur le ventre, longtemps continuées, auront pour effet de relâcher les muscles et les anneaux ; pendant ce temps, on mettra le malade à l'usage des fondants ; et il a trouvé que les fondants mercuriels étaient les plus efficaces.

« Ces remèdes continués autant de temps qu'il convient, ajoute-t-il, et soutenus par une diète austère, réduisent les malades dans un état d'atrophie et de consomption salutaire, qui

met nécessairement les parties graisseuses et membraneuses, qui font ordinairement le plus gros volume de la tumeur, dans un état d'*aridure;* les glandes se dégorgent et se fondent ; et la tumeur diminue si considérablement, qu'il est aisé de ramener vers l'anneau les parties qui sont dans le scrotum ; alors on les renferme dans l'écusson concave d'un bandage méthodiquement fait, et on les maintient ainsi retenues. On fait agir et marcher le malade. A mesure qu'il se donne du mouvement, il force petit à petit les parties à rentrer. »

Arnaud rapporte, à cette occasion, le cas d'un individu auquel il avait réduit, en trente-six jours, une hernie des plus volumineuses, puisqu'elle portait trente-deux pouces de circonférence à sa base et seize pouces de longueur.

J.-L. Petit avait déjà simplifié ce traitement; il tenait le sujet couché sur le dos, le bassin plus élevé que la poitrine, la hernie comprimée par une pelote concave, ce qu'il appelait le *bandage à cuillère.* Le régime était sévère, le malade réduit au bouillon, à la soupe, à quelques pruneaux ou pommes cuites ; et tout le soin du chirurgien consistait à resserrer le bandage et à diminuer la grandeur de la cuillère.

Pott recommande le décubitus sur le dos, la diète et les évacuants. Il ne parle pas de la compression. Hey dit avoir obtenu plusieurs succès par cette pratique; une fois, la réduction eut lieu en huit jours; en général, elle exigea de cinq à six semaines.

A. Cooper espère tout autant du simple repos au lit, aidé d'un suspensoir lacé à sa partie antérieure pour exercer sur le scrotum une compression permanente. Il rapporte aussi deux cas de succès obtenus par l'emploi de la glace; mais, dans le premier cas, l'épiplocèle ne datait que de quinze jours ; la date de l'autre hernie n'est pas indiquée.

Les chirurgiens qui ont écrit plus récemment en Angleterre sur les hernies, Lawrence et Teale, n'ajoutent pas un fait de leur propre expérience à ceux qui précèdent. De même en France, à consulter nos traités modernes, il semble aussi que la réduction des hernies anciennes en général, et notamment des hernies épiploïques, soit une de ces vieilles traditions que l'on répète encore, mais qu'on se garde de suivre.

C'est à Sabatier qu'il faut rapporter en grande partie cette indifférence, je dirai presque cette répugnance à s'occuper de ces hernies. Il pose d'abord en fait que la méthode vantée par Arnaud ne peut réussir que quand la hernie est sans adhérences ; et il n'y a point de signe, ajoute-t-il, qui puisse faire connaître ces adhérences. Mais la hernie fût-elle libre, et parvînt-on à la

réduire, les malades en seraient plus incommodés qu'auparavant ; d'où il conclut que tout ce qu'il y a à faire est de soutenir la hernie avec un suspensoir. Dupuytren, Sanson et M. Bégin, ses annotateurs, ont semblé consacrer cette doctrine par leur silence.

Or, j'estime que c'est là une capitale errreur. Il m'est impossible, autant qu'à tout autre chirurgien, de déterminer, sur le vivant, si l'épiplocèle est ou n'est pas compliquée d'adhérences; ce que j'affirme, c'est que, adhérente ou non, j'ai pu toujours la réduire tant qu'elle n'avait pas subi de dégénérescence maligne ; et j'affirme, en outre, que les malades se trouvent extrêmement soulagés par cette réduction qui amène même ordinairement une véritable cure radicale.

Mon premier essai en ce genre remonte à 1841 ; je vais le raconter avec tous les tâtonnements par lesquels je passai.

Épiplocèle sortie depuis vingt ans, réduite en moins d'un mois.

Obs. I. — M. Lig..., lithographe, âgé de 41 ans, avait eu, vers l'âge de 20 ans un petit commencement de hernie inguinale à droite, pour laquelle on lui fit porter un bandage. Cette hernie disparut, mais en même temps il en parut une plus volumineuse à gauche, passée bientôt à l'état de hernie scrotale ; il avait alors 21 ans. Depuis cette époque, il avait toujours porté bandage, mais uniquement pour se livrer avec plus de sécurité aux travaux de sa profession ; car, sans le bandage, le moindre effort le faisait souffrir, et la hernie demeurait constamment au dehors. Il en alla ainsi jusque dans les derniers jours de juillet 1841 ; alors, son bandage s'étant cassé, il alla voir un nouveau bandagiste, M. Martin, qui essaya de faire rentrer la hernie, et n'ayant pu y réussir, engagea le malade à s'adresser à moi.

Auparavant le malade voulut consulter M. Marjolin, qui, ayant trouvé probablement le scrotum un peu irrité, prescrivit une large saignée et l'application de cataplasmes émollients. Après ces prescriptions accomplies, le médecin particulier du malade renouvela le taxis ; le bandagiste y revint encore avec aussi peu de succès qu'auparavant ; et le 7 août, enfin, je fus appelé.

La moitié gauche du scrotum était remplie par une tumeur mollasse, un peu rénitente, mate à la percussion, non transparente, et dont on pouvait assez bien dégager le testicule à la partie inférieure. Si on la ramenait vers l'anneau, elle avait le volume du poing ; son pédicule assez dense traversait l'anneau. La toux ne l'augmentait pas ; le taxis ne la diminuait pas non plus, bien que M. Martin crût en avoir fait rentrer une partie ;

mais ayant repris le taxis devant moi, il se convainquit que c'était une illusion. Un bandage à pelote à peine concave avait été essayé, et n'avait pu être supporté à cause de la douleur. Je fis faire tout exprès une pelote extrêmement creuse ; elle ne fut pas supportée davantage, et ne retenait pas toute la hernie, et la pression sur les parties échappées était intolérable. Alors je tins le malade au lit, à une diète telle qu'il ne prenait qu'une tasse de lait le matin, une soupe le soir ; de la limonade aiguisée de sulfate de magnésie, et toute la journée de la glace et une solution de sulfate de cuivre sur la tumeur.

Après quatre jours, la tumeur avait notablement diminué; la sensation mollasse qu'elle donnait, et que j'attribuais à un épanchement de sérosité dans le sac, avait presque entièrement disparu ; on commençait à sentir des duretés noueuses en grappe, comme on en voit dans les vieilles épiplocèles. Je suspendis la limonade ; le malade demanda lui-même à garder la glace jour et nuit sur la tumeur, et nous allâmes ainsi jusqu'au 20 août. Alors la tumeur n'avait guère plus que le volume d'un gros œuf ; plus de sensation mollasse ; les nodosités épiploïques se sentaient très-nettement sous la peau ; le taxis fut essayé sans aucun succès. Quelques jours après, nouvelles tentatives ; il semblait que nous obtenions un léger succès, mais si faible que je n'osais trop y compter ; le malade disait pourtant que, sous la pression de ma main, il sentait quelque chose qui lui remontait dans le ventre. L'anneau externe était assez large et bien dégagé, quoique le canal parût avoir sa longueur ordinaire. Je réappliquai mon bandage à pelote creuse ; mais il ne pouvait se lever sans que la hernie s'échappât. Je lui fis donc reprendre le lit en gardant son bandage appliqué nuit et jour. Malgré une douleur très-forte, cet homme docile et courageux s'obstina à le conserver ; mais le 25, je trouvai que le rebord de la pelote, assez mal revêtue en toile, avait excorié la portion externe du scrotum. Il fallut encore l'enlever et revenir aux lotions de sulfate de cuivre.

Le 29, l'écorchure étant guérie, je réappliquai de nouveau le bandage, mieux garni que la première fois, et avec cette recommandation de l'ôter dès qu'arriverait la douleur. La diète était toujours maintenue.

Le bandage ne put d'abord être gardé que quelques heures; puis peu à peu il put rester en place toute une journée, et, le 3 septembre, le malade put même se lever quelques heures ; mais cet essai rappela des douleurs qui l'obligèrent à se recoucher. Les douleurs ayant disparu, il conserva son bandage jusqu'à minuit ; alors, comme la gêne qu'il en éprouvait l'empê-

chait de dormir, il l'ôta, dormit un peu, et le remit à trois heures du matin.

Je le vis ce jour là, 4 septembre, à 5 heures du soir. Il était levé, travaillait; la hernie était bien contenue sous la pelote, et ne lui faisait aucun mal. Rien encore cependant ne permettait de prévoir ce qui allait arriver. Il se coucha de bonne heure ; et le lendemain matin il ne trouva plus de traces de sa hernie. Elle s'était réduite, soit dans la soirée, soit dans la nuit, sans qu'il s'en fût aperçu. Incontinent il alla se munir d'un bandage ordinaire; la réduction se maintint, sans douleur, sans coliques, sans aucun inconvénient ; et le 7 septembre, jour où il vint lui-même me remercier, je constatai que la réduction était parfaite. Le traitement avait duré moins d'un mois.

On le voit, j'avais d'abord voulu suivre le premier conseil d'Arnaud, maintenir la hernie à l'aide d'une pelote creuse, sans priver le sujet de vaquer à ses affaires. La tumeur était trop grosse ; je mis alors en usage la pratique de Pott, comme la moins assujettissante, en y joignant l'application de la glace, préconisée par A. Cooper. Près de quinze jours s'étant écoulés, j'avais bien obtenu une diminution considérable de la tumeur ; cependant la pelote creuse ne contenait point la hernie debout, et ne pouvait même être supportée dans le lit sans de vives douleurs. Ce ne fut qu'au bout de trois semaines qu'il fut possible d'y revenir, et d'y accoutumer peu à peu le malade ; puis tout à coup, dès que celui-ci put la garder constamment, en moins de 48 heures la réduction s'effectua toute seule.

J'avoue que ce résultat inespéré me délivra d'une grande inquiétude. J'avais tenu cet homme au lit près d'un mois ; je l'avais soumis en quelque sorte au supplice de la faim ; l'ennui, la douleur, la perte de temps, il avait tout supporté courageusement, et je commençais à craindre que le tout n'eût été en pure perte.

Tout bien considéré, il me parut que la compression devait être une partie essentielle de la méthode, seulement par tout autre moyen que le bandage à ressort dont je m'étais servi, et qu'il serait utile d'y associer des manœuvres ménagées, mais assez souvent réitérées de taxis.

Épiplocèle sortie depuis vingt ans, réduite en neuf jours.

Obs. II. — M. Pel..., négociant au Havre, âgé de 37 ans, de haute taille et d'un riche embonpoint, avait eu, à l'âge de 17 ans, une petite hernie inguinale droite, dont la cause précise n'avait pu être bien assignée. Il la négligea fort longtemps; puis, enfin, il essaya de la retenir par un bandage français à pelote trian-

gulaire, mais qu'il appliquait avec si peu de soin, qu'une partie de la hernie restait toujours au dehors. Enfin, vers la fin de février 1842, gêné par le poids de la tumeur, et aussi, de temps à autre, par quelques lassitudes qu'on pouvait y rapporter, il consulta le docteur Langevin, qui le renvoya à un bandagiste du Havre. Le bandagiste appliqua sur la hernie une pelote à très-légère concavité, soutenue par une forte pression, dont l'effet fut d'irriter si vivement la tumeur, qu'elle prit un volume énorme, détermina de la fièvre et obligea le malade à se mettre au lit. La fièvre passée et le volume de la tumeur un peu diminué, M. Langevin conseilla au malade de venir à Paris, où il me consulta le 4 mars.

La hernie offrait 54 centimètres de circonférence horizontale, en refoulant le testicule gauche vers l'anneau; et 33 de demi-circonférence verticale, de l'anneau au périnée, en parcourant le plus grand axe de la tumeur. Elle rendait partout un son mat, et l'absence de coliques favorisait encore l'idée d'une épiplocèle; mais la partie inférieure du scrotum était manifestement distendue par un liquide qui devait siéger dans le sac, le testicule se trouvant à nu sous la peau.

Quelques arrangements retardèrent le traitement jusqu'au lundi 7; alors le sujet fut mis au lit, un coussin sous les jarrets; les bourses entourées d'un bandage roulé qui maintenait dessus des compresses imbibées d'une forte solution de sulfate de cuivre; et, pour ajouter à l'astriction, des morceaux de glace étaient placés entre les compresses, et renouvelés à mesure qu'ils fondaient. Le régime fut : *une tasse de lait le matin, sans pain; une soupe aux herbes le soir.*

Le 9, j'administrai 20 grammes d'eau-de-vie allemande, qui procurèrent des selles nombreuses; et la diète fut complète ce jour-là.

Le 11, la diminution était déjà sensible; la circonférence horizontale réduite à 31 centimètres; la demi-circonférence verticale à 28. C'était manifestement le liquide qui s'était résorbé; on commençait à sentir les franges de l'épiploon, dures comme de petites noix. Je fis un essai de taxis qui fut assez douloureux et ne produisit aucun autre effet.

Il fallut deux jours pour effacer entièrement la douleur de cette première tentative. Le lundi 14 mars, la circonférence horizontale avait encore diminué de 1 centimètre 1/4 environ; la demi-circonférence de 2 centimètres. Je renouvelai le taxis; le malade souffrit un peu moins, et dit qu'il sentait rentrer quelque chose; j'avais aussi la sensation d'une petite réduc-

tion partielle. Dès le lendemain, la douleur étant passée, je relevai et comprimai le scrotum à l'aide d'un suspensoir que je fis tailler exprès, et que le malade supporta bien. Dans la nuit, il ressentit une assez vive douleur vers la région inguinale ; et le mercredi 16, après neuf jours de traitement, je trouvai toute la hernie rentrée spontanément, et le scrotum de ce côté occupé seulement par une assez volumineuse varicocèle qui me laissait quelque inquiétude sur la manière dont le bandage serait supporté. La circonférence horizontale était alors de 22 centimètres ; la demi-circonférence verticale de 23 ; d'où l'on peut facilement juger du volume de la hernie même. Il est à remarquer que l'embonpoint du malade ne parut pas avoir diminué.

Ce même jour j'augmentai son régime ; le 18, il eut un bandage anglais qu'il ne put porter que quelques heures ; mais le lendemain il le garda huit heures, et put se lever sans autre inconvénient qu'un peu de faiblesse dans les jambes et d'étourdissement à la tête. Le 20, le bandage fut gardé toute la journée ; la varicocèle ne se gonflait point et ne déterminait aucune douleur. Le 21, la hernie, jusques-là bien contenue s'échappa, par en dedans ; les deux efforts qui la faisaient échapper étaient l'action de se moucher et la descente rapide des escaliers. En montant, en courant, en toussant, le bandage résistait ; mais aussi le sous-cuisse était serré assez fort et blessait l'entre-cuisse. Je constatai que la pelote mollement garnie s'était affaissée du côté interne ; et j'en fis refaire une autre, pinçant fortement par en bas et par en dedans pour éviter le sous-cuisse ; un suspensoir anglais contenait les bourses et se rattachait au bandage. Il convient d'ajouter qu'il existait à gauche une très-petite hernie secondaire, maintenue par une fort légère pelote. Le nouveau bandage, appliqué le 27, contint parfaitement ; le 28, le malade alla visiter les galeries de Versailles ; et, dès lors, le rôle du chirurgien put être considéré comme terminé.

Cette fois, le résultat avait été si prompt et si heureux, que je conçus pour l'avenir les plus belles espérances. Une autre épiplocèle que j'eus à traiter un peu plus tard, quoique moins volumineuse et beaucoup moins ancienne, mit de nouveau ma patience à une rude épreuve ; mais le malade offrait au moins autant de difficultés que la maladie. Voici le fait.

Epiplocèle sortie depuis quatre ans ; quarante jours de traitement sans résultat complet ; réduction spontanée deux mois et demi après.

Obs. III. — M. M..., du Havre, âgé de 30 ans, de haute sta-

ture et de forte constitution, vint me consulter, le 15 mai 1844, pour une hernie inguinale gauche qu'il portait depuis quatre ans, et qui lui était survenue dans le cours d'un rhume violent. Il l'avait contenue, soi-disant, à l'aide d'un bandage de Wickam et d'un suspensoir ; mais la hernie, filant sous la pelote, avait dilaté le scrotum et n'en était plus sortie. Il se figurait qu'il la réduisait, du moins en partie ; mais, tout bien considéré, sa prétendue réduction se bornait à la refouler en arrière sous le périnée, et comme, dans ce moment, elle glissait sous ses doigts, il croyait qu'elle était rentrée. Elle était fort volumineuse, rejetait le testicule à droite, tout au-dessous du droit ; du périnée à la racine de la verge, elle portait 20 centimètres, et 29 de circonférence horizontale, empiétant sur le testicule à droite, qu'on ne pouvait en isoler complétement. D'ailleurs, elle paraissait partout molle, mate à la percussion, et il semblait aussi que son volume était accru par une varicocèle et une hydrocèle.

Je renouvelai cet examen le 16 au matin, et je constatai derechef l'irréductibilité absolue de la hernie ; outre la résistance au taxis, il y avait sous la pression une douleur locale assez vive, et bientôt une sensation de barre transversale au-dessus de l'ombilic.

Je prescrivis le repos au lit ; *limonade* ; — *arrosement avec une solution concentrée de sulfate de zinc, aidée de la compression par un bandage roulé.* — *Diète* ; *une soupe aux herbes par jour.*

En trois ou quatre jours la tumeur s'isola parfaitement du testicule ; le liquide était résorbé ; on distinguait assez nettement les veines de la varicocèle et les duretés noueuses de l'épiplocèle. Le ventre n'étant pas ouvert, je fis ajouter un grain d'émétique à la boisson, et il y eut aussitôt des selles. Cela fut répété tous les quatre ou cinq jours.

Le 24, je tentai le taxis, qui s'opéra sans douleur locale, et avec une barre ombilicale moins sensible. Il faut dire aussi que le malade m'arrêtait dès que je pressais un peu, et que je ne jugeai pas à propos de trop insister.

La compression et ces essais ayant fait un peu gonfler le scrotum, je m'abstins quelques jours et ne renouvelai le taxis que le 20, avec moins de douleur encore, mais sans aucun résultat.

Le 27, la solution de sulfate de zinc avait produit de petites pustules, moins ombiliquées qu'avec le sulfate de cuivre, mais de même avec une démangeaison très-forte. J'y renonçai en conséquence, et j'exerçai la compression à l'aide de bandelettes de diachylon.

Le 31, je répétai le taxis ; le diachylon avait un peu excorié

la peau du scrotum, ce qui gênait les manœuvres ; néanmoins, après quelques secondes, une portion de la hernie céda, puis une autre ; mais la barre ombilicale empêcha d'en tenter davantage. La tumeur n'avait plus que 17 et 27 centimètres.

Le 1er juin, nouvel essai un peu moins douloureux que la veille. Une bonne portion de la hernie rentra avec un bruit de glouglou. Je la fis ressortir par un léger effort, et m'assurai qu'elle était partout absolument mate ; puis la réduction partielle se renouvela sans la moindre difficulté. Le scrotum étant un peu gonflé, je prescrivis des lotions à l'eau glacée.

Le 3, un taxis soutenu fit rentrer les deux tiers de la hernie ; le malade ne voulut pas pousser plus loin les tentatives.

Le 5, malgré la résistance et la pusillanimité du malade, à force de patience et d'efforts, la hernie rentra tout entière dans l'abdomen et le canal ; seulement, une petite portion de l'épiploon ne voulait pas franchir l'anneau interne, bien que l'anneau externe fût fermé par le doigt. Le malade n'éprouvait plus de barre à l'ombilic, mais une sensation de brûlure le long du canal et jusque vers l'épine iliaque. On appliqua sur le canal une pelote triangulaire ; mais la pression étant douloureuse, il fallut se contenter de la mettre sur l'anneau externe. Je fis cesser la diète.

Nous pensions toucher à la fin de cette cure laborieuse ; mais de plus grandes difficultés nous attendaient. La pelote ne contenait qu'imparfaitement la hernie rentrée ; le malade, souffrant dans son lit, se leva, et la douleur disparut ; mais le lendemain je trouvai la hernie ressortie tout entière. J'en fis rentrer environ les trois quarts ; après quoi, la douleur devint intolérable ; le malade accusait dans le canal une sensation de brûlure qu'il comparait à celle du fer rouge, et force fut de nous arrêter. Je fis recouvrir le scrotum de cataplasmes de riz froids, et prendre deux bains.

Le 7, tout était en bon état ; la hernie n'était sortie qu'en partie. On la fit rentrer aux trois quarts, puis le malade nous arrêta encore.

D'autres tentatives faites les jours suivants ayant toujours été entravées de même, j'appliquai le 11 une pelote fortement creusée, assujettie à l'aide d'une ceinture et d'un sous-cuisse ; deux jours après, la portion sortie paraissait diminuer, je diminuai la profondeur de la pelote en y glissant de l'ouate ; mais le progrès s'arrêta bientôt, et la pression semblait aussi déterminer un léger engorgement du cordon. Le malade ne voulait plus entendre parler du taxis.

Enfin, le 24, après environ quarante jours de traitement, il se résolut à partir sans compléter la réduction, emportant seulement une pelote concave qui ne maintenait qu'incomplétement la hernie, et encore à l'aide d'une forte pression.

Dans ces circonstances, on pouvait croire toute espérance perdue ; et, en effet, je revis ce malade un mois après, rien n'était changé dans son état ; seulement, il essayait chaque soir de faire rentrer sa hernie ; la douleur excitée par cette manœuvre diminuait avec le temps, disait-il ; mais il restait fort douteux si ce n'étaient pas ses propres efforts qui diminuaient. En tout cas, je l'engageai à continuer.

Près de six semaines se passèrent encore ; toute douleur avait presque disparu, lorsque, le 7 septembre au soir, ayant ramené la masse extérieure contre l'anneau, et sentant qu'elle se portait du côté externe, il appuya deux doigts de ce côté, de manière à la ramener dans la direction de l'anneau ; et, à sa grande joie, tout rentra en bloc et sans lui causer de douleur. Immédiatement il appliqua une pelote de très-grande dimension et avec une pression puissante ; quand il l'ôtait, le moindre effort faisait ressortir la hernie, mais elle rentrait sans difficulté. La pression de la pelote ayant paru un peu augmenter la varicocèle, il la changea contre une autre un peu moindre, qu'il ne quitta ni jour ni nuit.

Je le vis le 11 octobre ; la hernie était parfaitement contenue, sans gêne ni douleur ; il pouvait sauter et descendre plusieurs marches ensemble, aller en voiture et en omnibus sans rien ressentir. Les digestions étaient parfaites ; depuis deux mois il avait pris tellement d'embonpoint, qu'il avait dû changer le ressort de son bandage primitif, portant 36 centimètres de long, contre un autre de 41 centimètres. Le côté gauche du scrotum était gonflé par une varicocèle assez volumineuse, mais qui, grâce au suspensoir, ne déterminait aucune sensation pénible. La racine du scrotum était libre de tout pédicule epiploïque ; seulement, un peu au-dessus du testicule, on sentait entre les doigts un petit noyau isolé, du volume d'une très-petite aveline, et qui semblait dû à une hydrocèle enkystée.

D'où provenait la résistance opiniâtre de cette hernie à la réduction ? J'incline fortement à penser qu'il y avait là des adhérences avec le sac ; s'il en était ainsi, ce serait une preuve que les adhérences ne sont pas un obstacle à la réduction.

Quoiqu'il en soit, il est certain que le traitement aurait été beaucoup plutôt couronné de succès si le malade avait voulu mieux se prêter aux nécessités de l'art. Aujourd'hui, à la vérité,

l'éthérisation permettrait de pousser plus loin les tentatives sans être arrêté par la douleur ; et j'y aurais certainement recours chez un sujet aussi pusillanime ; cependant je dois dire que j'ai évité de m'en servir jusqu'à présent, et voici pourquoi. Ces tentatives de taxis sont fort douloureuses ; et les sujets les plus énergiques, malgré toute leur résolution, prient quelquefois le chirurgien de les suspendre. Mais cette douleur même est un guide salutaire pour le chirurgien ; elle lui apprend jusqu'où il peut aller, et à quel moment il est prudent de s'arrêter. Avec l'éthérisation, on obtiendrait, sans doute, la réduction beaucoup plus vite ; mais ce sont les conséquences dont il faut s'inquiéter ; et l'observation suivante, rapportée par J.-L. Petit, est tellement importante que j'ai cru devoir la mettre toute entière sous les yeux du lecteur.

Obs. IV. — « Un malade avait une hernie épiploïque d'une grosseur considérable ; elle fut réduite sans beaucoup d'efforts, on peut même dire avec facilité, quoique depuis six semaines sa tumeur ne fût pas rentrée ; le malade ne put supporter le bandage qu'on lui appliqua ; il fallut l'ôter sur le champ, parce qu'après l'avoir mis il survint des nausées, puis le vomissement. Le malade se plaignait d'une douleur sourde par tout le ventre, accompagnée d'un étouffement si considérable que, ne doutant point que les parties réduites n'en fussent la cause, on essaya de les faire ressortir. Mais tous les mouvements que fit le malade furent inutiles ; les efforts du vomissement, les convulsions qui survinrent, ne purent rien pousser au dehors ; enfin, l'inflammation de tout le ventre, la fièvre et les douleurs devinrent si vives que le malade mourut après quarante-huit heures de souffrances.

« A l'ouverture de son cadavre, nous trouvâmes toutes les parties du bas-ventre enflammées et presque gangrenées ; la portion de l'épiploon qui avait fait la tumeur, appuyée sur les bords de l'ouverture du sac ; cette ouverture semblait fermée à cause du gonflement inflammatoire du péritoine ; j'y introduisis, cependant, mon doigt jusqu'au fond ; il n'y avait rien de renfermé, le sac n'était point rentré à cause de l'adhérence qu'il avait contractée le long de sa racine. »

J.-L Petit avait proposé, dans ce cas, de débrider l'anneau pour faire ressortir la hernie ; et il dit qu'il a fait deux fois cette opération dans des cas presque semblables ; mais le plus prudent est sans doute de ne pas s'y exposer.

Pour ma part, j'ai eu encore d'autres occasions de réduire ainsi des épiplocèles depuis longtemps irréductibles ; et en y

mettant quelque patience, j'ai toujours réussi sans accidents. En recherchant la valeur réelle des moyens employés, la diète, le repos au lit, la compression et le taxis répété me paraissent les bases du traitement. Les purgatifs ne sont pas inutiles, sans doute; les arrosions avec un liquide astringent ne peuvent pas nuire ; cependant j'y attache aujourd'hui une bien moindre importance que dans mes premiers essais. Le taxis demande à être pratiqué avec quelques précautions ; j'attends, en général, que la tumeur ait un peu diminué, et surtout que le liquide qu'elle renferme ait été résorbé. J'essaye alors de presser, de pétrir la tumeur en quelque sorte, en m'arrêtant dès que la douleur devient trop forte ; puis j'attends que le léger gonflement qui suit d'ordinaire ait diminué pour recommencer les essais, et au besoin même, je couvre le scrotum de cataplasmes. Lorsqu'une portion de la tumeur est rentrée, je cherche bien à la maintenir par une pression modérée, mais sans m'y obstiner, et surtout sans entretenir de douleur. Lorsque la douleur n'a pas été trop forte, on peut être sûr que les parties rentrées la veille rentreront le lendemain sans aucun effort; au contraire, une vive douleur, une trop forte pression irritent, engorgent l'épiploon, et font perdre tout le bénéfice obtenu.

J'ai ainsi obtenu en huit ou dix jours, et sans grande difficulté, la réduction d'une épiplocèle datant de plusieurs mois, chez le général Rad. . . . , que je traitais avec M. le docteur Corbel Lagneau. Mais comme exemple des heureux effets du traitement dans un cas plus difficile, je rapporterai le fait suivant, le dernier que j'ai eu entre les mains.

Epiplocèle sortie depuis plus de trente ans, avec adhérences présumées au testicule, réduite en dix jours sans accidents.

Obs. V. — M. N. . . , âgé de 54 ans, avait eu le testicule droit descendu assez tard, et cette descente avait été accompagnée de l'issue d'une tumeur donnant au scrotum de ce côté le volume d'un petit œuf. On n'y fit pas autrement attention ; et à l'âge de 20 ans, pris par la conscription, on le trouva bon pour le service. Il servit ainsi quatre ans dans la cavalerie, sans se ressentir beaucoup de sa tumeur, qui, cependant, avait acquis peu à peu le volume d'un œuf de dinde. Quant à la composition de cette tumeur, il y avait quelque chose de dur, puis une portion molle qui lui semblait du liquide, et, enfin, le testicule ; mais il n'avait jamais bien pu le sentir, et présumait qu'il ne devait pas être plus gros qu'un haricot.

Il y a huit mois, étant à dîner en ville, il ressentit une douleur

excessive de ce côté, et telle qu'il lui fallut tout son courage pour la supporter. Il parvint cependant à se contenir; et la douleur cessa, dit-il, par la sortie d'une nouvelle portion qui était dure, allongée, cylindrique, en forme de boudin; tellement qu'il se figurait un cylindre de matières fécales durcies qui se seraient échappées par-là. Cette portion sortie, tout rentra dans l'ordre; il ne fut pas même obligé de garder le lit; et il allait et chassait comme auparavant. Cependant, inquiet de ce qui pourrait survenir, il consulta un médecin, qui l'engagea à porter un bandage avec des pelotes remplies de tan. Mais, n'espérant pas voir ainsi réduire sa tumeur, il vint me consulter et se remit entre mes mains le 1er décembre 1847.

La portion droite du scrotum était beaucoup plus grosse que la gauche; elle mesurait 25 centimètres de circonférence en travers, et 20 centimètres depuis le périnée jusqu'au niveau de l'anneau, assez bien marqué au dehors par un sillon qui aboutissait à la racine de la verge. Presque toute cette tumeur était dure, bosselée, résistant à la pression; le testicule y était entièrement englobé et échappa d'abord aux recherches. Cependant, en arrière et en haut, je rencontrai une petite portion moins dure qui, sous la pression, répondit par une douleur analogue à celle d'un testicule, mais qui paraissait très-adhérente à la tumeur. Tout à fait au bas, une couche mince de liquide fuyait sous le doigt. Partout, la percussion était mate. Je diagnostiquai donc une épiplocèle indurée, vaginale et adhérente au testicule.

Je mis le sujet au lit; à une diète sévère; un bouillon maigre pour sa journée; de la limonade pour boisson, et je lui permis seulement de fumer pour tromper la faim. Un bandage fut passé en ceinture et en spica sur la tumeur, afin de la ramenr vers l'anneau et de l'y comprimer; elle était immédiatement recouverte de compresses trempées dans une solution assez forte de sulfate de zinc.

Le 2e jour. — Le bandage s'était un peu dérangé; je le soutins avec deux mouchoirs, l'un passé en ceinture, l'autre en sous-cuisse.

Le 3e jour. — Je fis prendre au malade une bouteille de citrate de magnésie; et je renouvelai le bandage. Il y avait 1 centimètre de diminution dans la mensuration verticale, de l'anneau au périnée.

Le 4e jour. — La purgation avait fait effet; j'ôtai le bandage et trouvai l'étendue verticale de la tumeur réduite à 17 centimètres. La circonférence transversale ne variait pas. La tumeur était ramollie, c'est à-dire que la quantité de liquide avait aug-

menté, et que la portion dure avait diminué. J'essayai par deux fois le taxis, non sans de vives douleurs, assez fortes pour faire pâlir le malade qui me pria de cesser. Le bandage fut replacé.

Le 5e *jour.*—Rien de plus ; il n'y avait pas eu de douleurs à la suite de mes tentatives ; mais je ne voulus pas y revenir ce jour-là, de peur d'une trop grande irritation. L'estomac réclamait avec instance ; je donnai un potage gras au lieu du bouillon maigre ; mais je prescrivis en même temps 3 pilules d'aloès et de rhubarbe.

Le 6e *jour.* — Nouveaux essais de taxis, toujours aussi douloureux. La tumeur semble céder sous les doigts, mais comme en s'écrasant, et sans réduction marquée.

Le 8e *jour.* — Afin de n'avoir pas à replacer la bande, je me contentai des deux mouchoirs ; le taxis fut repris et cessé, sans avantage encore bien marqué. Mais la tumeur dure diminuait de plus en plus, et l'hydrocèle s'accroissait d'autant, toujours sans douleur. Pour exercer une compression plus régulière, les lotions avec le sulfate de zinc me paraissant d'ailleurs inutiles, je fis faire une ceinture avec un sous-cuisse large et solide, divisé en cinq chefs en avant, lesquels se bouclaient à la ceinture et serraient sur le scrotum une pelote très-fortement concave.

Le 9e *jour.* — Après quelques tentatives dans lesquelles il me sembla que quelque chose était rentré, la pelote concave fut établie et très-bien supportée. Durant la nuit, le malade croyait sentir sa tumeur diminuer, et, en conséquence, pour continuer la pression au même degré, il accumulait les compresses sous la pelote.

Le 10e *jour.*— L'hydrocèle était extrêmement considérable, eu égard à ce qui restait de la tumeur ; celle-ci était refoulée en masse vers l'anneau ; cependant, au-dessous de cette masse, pendait un petit corps ovoïde que je présumai être le testicule. La pression exercée dessus parut en effet me donner raison ; mais quand je repris le taxis forcé sur la tumeur supérieure, le malade accusa des douleurs tout aussi vives, tellement qu'il ne pouvait pas dire si elles étaient différentes. Après deux reprises de taxis, il me demanda grâce encore. Cependant, ayant bien examiné l'état des choses, exploré l'anneau par en dessous, refoulé la tumeur autant que possible, il me parut qu'elle avait diminué ; et je cherchai une troisième fois à la réduire. En quelques secondes, une portion de la tumeur rentra en bloc avec un bruit très-appréciable, bien que sans gargouillement ; l'autre suivit immédiatement, et le malade se déclara soulagé. Restait à voir si le liquide suivrait le même chemin ; en effet, il rentra sans difficulté dans le ventre ; et, pour la première fois de sa vie en quelque sorte, le malade

trouva son scrotum libre, et put palper son testicule droit, qui était notablement atrophié.

J'établis une compression sur l'anneau à l'aide de la ceinture et d'une serviette épaisse sous le sous-cuisse ; et je permis une cuisse de poulet et un peu de Bordeaux. Il n'y eut pas le moindre accident, et dès le lendemain, un bandage bien appliqué permit au malade de sortir et de vaquer à ses affaires.

Il s'agissait dans ce cas d'une hernie vaginale testiculaire ; et tout semblait annoncer des adhérences avec le testicule. Si j'eusse, en effet, trouvé des adhérences indestructibles, aurait-il fallu repousser le testicule dans le ventre, à l'imitation d'Arnaud, ou mettre la tumeur à nu pour détruire les adhérences, ainsi que Schmucker l'a fait sur Zimmermann ? Si, comme il est dit de ce dernier cas, l'épiplocèle ne tenait au testicule que par un seul filament, je n'éprouverais aucune répugnance à aller diviser ce filament par une ponction à l'aide d'un ténotome. Hors cette circonstance, je ne pense pas qu'une saine chirurgie autorise à imiter les opérations laborieuses tentées autrefois pour détruire des adhérences et réduire ensuite les hernies ; c'est pourquoi je n'en dirai pas un mot.

On peut cependant s'inquiéter des conséquences de nos réductions, et demander si cet épiploon repoussé dans le ventre n'y donne pas lieu à quelques désordres ? Je dirai d'abord que je n'ai pas eu occasion de vérifier par l'autopsie la manière dont il s'arrange ; mais sur le vivant, il semble qu'il plonge en majeure partie dans le petit bassin, et que la dernière portion rentrée se tient seule derrière l'anneau, prompte à sortir si elle n'est pas contenue, servant au contraire à masquer et à boucher l'anneau quand la contention a été exacte pendant un certain temps. Au moment même où j'écris ces pages, M. N...., le sujet de ma dernière observation, vient me consulter parce que son bandage contient mal sa hernie qui a de la tendance à ressortir. J'ai suivi avec sollicitude le premier de mes malades, inquiet moi-même, d'après les menaces de Sabatier, de ce qui pouvait survenir. Au bout d'un an, il avait quitté son bandage ; la hernie paraissait guérie radicalement et la santé était parfaite. J'ai revu M. M... un an et deux ans après la réduction, il a acquis un embonpoint des plus luxuriants, et la hernie paraît également guérie. En un mot, ni dans les suites immédiates, ni dans les conséquences plus éloignées, je n'ai eu le moindre accident à déplorer.

Je suis loin de penser cependant que l'on réussira toujours. Je n'entends parler ici que des épiplocèles dans le cordon ; les autres sont bien autrement rebelles, et pour celles qui siégent dans le

cordon même, on peut concevoir bien des circonstances qui rendraient la réduction impossible, j'ai déjà rappelé le cas d'une vieille épiplocèle qui avait contracté des adhérences, non pas seulement avec le sac, mais avec deux hernies graisseuses venant de deux points différents de l'abdomen, et qui ne faisaient avec l'épiplocèle qu'une masse unique (1). Certes, la réduction, dans ce cas, aurait bien été impossible, à moins qu'on ne veuille dire que la triple tumeur aurait toujours pu être refoulée au-delà de l'anneau. J'ai aussi mentionné un autre cas où le sujet se fatigua du traitement; probablement nous n'eussions rien obtenu, l'épiplocèle ayant tourné à la dégénérescence cancéreuse. Une fois la dégénérescence reconnue, il ne faudrait pas même essayer la réduction.

---

29. *Note sur deux cas de hernie inguinale étranglée réduite après les inhalations de chloroforme;* par M. Michel Guyton, interne à l'Hôtel-Dieu.

(Gazette médicale de Paris, N° 14; 1848.)

Obs. I. — Le 10 février, un malade vint du bureau central à l'Hôtel-Dieu dans la journée. C'était un jeune homme de 24 ans, de forte constitution. Il avait une hernie depuis l'âge de 18 ans. Cette tumeur inguinale du côté gauche rentrait facilement, était toujours contenue par un bandage. Depuis cinq jours elle était sortie sans cause connue; le malade essaya de la réduire et n'y parvint pas. Elle devint tous les jours de plus en plus tendue et douloureuse. Il se présenta chez un bandagiste pour remplacer son ancien bandage : on fit d'inutiles tentatives de réduction. Il fut envoyé au bureau central, où le chirurgien consultant fit de nouveaux efforts et ne réussissant pas l'adressa au service de M. Roux. J'étais de garde ce jour-là; je reçus le malade. Il me dit que les deux tentatives de taxis avaient duré au moins une heure. La constipation existait depuis plusieurs jours; il n'y avait pas encore eu de vomissements, mais les nausées étaient continuelles.

A l'examen, je trouvai une tumeur volumineuse, sans changement de couleur à la peau, rénitente, sonore, très-tendue, douloureuse à la pression; les parois abdominales, sans ballonnement, étaient tendues, très-rigides, fortement appliquées sur les intestins. Je fis pendant un quart d'heure des essais de réduction; ils étaient supportés avec courage, mais très-douloureux; la rigidité des parois abdominales devenait plus considérable. Je ne pouvais que refouler un peu la tumeur en haut par un déplacement en masse, mais sans jamais l'engager dans l'anneau. J'eus alors

(1) *Deuxième mémoire sur les étranglements herniaires*, Obs. V.

l'idée d'employer le chloroforme. Quelques inspirations jetèrent de suite le malade dans la résolution la plus complète. La paroi abdominale s'amollit; je pressai sur la tumeur : elle se vida en faisant entendre un gargouillement très-fort, devint immédiatement très-flasque; je rassemblai les parois souples de l'intestin et les refoulai dans le ventre avec une singulière facilité. Tout cela dura bien moins d'une minute ; le malade se réveilla tout surpris de voir sa hernie rentrée. Je lui appliquai un bandage neuf. Il sortit de l'hôpital quelques instants après.

Obs. II. — Le 8 mars, à midi, entrait à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, le nommé Martin, âgé de 50 ans, teinturier en étoffes, envoyé du dehors pour une hernie inguinale étranglée du côté droit.

La veille, après le repas de midi, le malade avait été pris de coliques vives ; il porta la main à la tumeur, la trouva sortie et ne put la réduire. Il vomit de suite ce qu'il venait de prendre, souffrit tellement qu'il lui était trop pénible de rester debout ou assis, et se mit au lit. Vomissements fréquents, hoquet continuel. Il y eut dans la journée une selle assez difficile que le malade s'efforça de rendre pour diminuer ses coliques. Il s'appliqua des cataplasmes, fit des fomentations, essaya plusieurs fois de réduire, mais sans résultat. La nuit se passa dans l'agitation. Le matin un médecin fut appelé, examina la hernie et envoya de suite cet homme à l'hôpital.

Quand je vis le malade, on venait de le mettre au bain ; il souffrait beaucoup, ne pouvait presque se tenir assis. Physionomie exprimant l'anxiété, l'abattement; hoquet, nausées continuelles. Je le fais mettre au lit; je constate une rigidité, une tension très-forte de l'abdomen qui n'est du reste point gonflé. Je trouve une tumeur au côté droit du scrotum; elle est divisée en deux parties par une rainure transversale d'étranglement assez prononcée. La portion inférieure, logée tout entière dans le scrotum, présente des particularités remarquables; elle est régulière, un peu plus volumineuse qu'un testicule normal, mais en offre absolument la consistance et la forme. Au premier abord, je crus que ce pouvait être le testicule; je m'assurai immédiatement que cet organe placé au-dessous occupait sa position ordinaire ; de plus, le toucher ne faisait pas reconnaître d'épidydime ; la pression ne produisait pas de douleurs; je reconnus une masse graisseuse à ces caractères. La portion supérieure à la rainure descendait seulement dans le tiers le plus élevé du scrotum, avait une forme ovoïde régulière, était tendue, rénitente, ne se laissait pas comprimer, était douloureuse.

Je fis des efforts de taxis ; ils augmentèrent la rigidité de l'abdomen ; je n'obtins rien. J'essayai du chloroforme ; quelques inspirations amenèrent la résolution complète ; le ventre devint souple. Je comprimai la portion supérieure de la tumeur ; aussitôt elle s'affaissa en donnant du gargouillement ; je repoussai les parois intestinales dans le ventre. Je ne saurais dire combien peu d'efforts il me fallut et combien la réduction fut prompte. J'essayai de réduire la portion inférieure ; je la fis bien remonter vers le canal inguinal, l'engageai un peu dans son orifice interne, mais ce fut tout. J'attendis le réveil du malade pour lui demander des explications. Le retour à la connaissance ne tarda pas ; le malade témoigne d'un grand bien-être ; la physionomie change d'aspect ; il devient loquace, s'agite dans son lit. J'apprends de lui que la petite tumeur que j'avais laissée au dehors était irréductible depuis longtemps. Je l'examinai de nouveau : elle s'était allongée ; on sentait son pédicule dans le trajet du canal inguinal. La rainure d'étranglement dont j'ai parlé correspondait sans doute au collet de son sac, probablement un peu rétréci par la pression habituelle du bandage. Il avait descendu sans l'effort de l'intestin qui formait la tumeur supérieure. L'épiploon était adhérent à la paroi interne du sac ; le cordon testiculaire s'isolait facilement dans toute sa longueur.

J'appliquai un bandage contentif avec des compresses graduées. Il y eut une selle deux heures après, puis une autre dans la nuit. Le lendemain, le malade allait parfaitement. Je recueillis les détails suivants : la hernie s'est faite il y a douze ans. Il porta pendant les deux premières années un vieux bandage que lui donna un camarade ; il en acheta un ensuite dont il s'est toujours servi. La hernie se réduisait le plus souvent par le décubitus dorsal aidé d'une faible pression. Le bandage, depuis longtemps usé, s'appliquait tant bien que mal ; il y a six mois que l'épiplocèle est irréductible ; comme elle ne l'a jamais fait souffrir, le malade ne s'en occupait pas. L'intestin était habituellement maintenu.

Cependant, il y a deux mois, il sortit sous l'influence d'un léger effort ; la réduction ne réussit pas d'abord, mais le malade se coucha de suite, mit des cataplasmes ; la hernie rentra au bout de deux heures. Même accident il y a quinze jours ; même remède. La profession de cet homme n'est pas le moins du monde fatigante mais il ne peut se livrer au plus petit effort sans être menacé de voir sa hernie se produire.

Ce qui frappe tout d'abord l'attention, le fait énoncé en lui-même, le voici : la réduction par le taxis ordinaire éprouve des

difficultés très-grandes, peut-être insurmontables. Après les inspirations de chloroforme, la hernie rentre avec une merveilleuse facilité. Les conditions deviennent tout à coup bien différentes. Or, l'influence hyposthénisante du chloroforme porte sur la sensibilité et sur la contraction musculaires, deux choses qui se lient entre elles ; les muscles tombent immédiatement en résolution. Cherchons donc, dans ce changement d'état, la cause qui facilite la réduction.

Tous les anatomistes, à bien peu d'exceptions près dont on ne semble pas tenir grand compte, professent que la tension des muscles ne peut changer le diamètre des anneaux. D'ailleurs, celui dans lequel vient s'étrangler la hernie crurale est en dehors de toute influence de ce genre. La résolution n'amène donc pas l'agrandissement de ces ouvertures entièrement fibreuses ; il faut chercher ailleurs, en déterminant autant que possible toutes les données du problème.

Le tube intestinal et sa partie herniée se trouvent dans des conditions bien opposées : la dernière, et c'est le fait capital, est reçue dans une poche à parois faibles ou non contractiles ; l'autre, au contraire, est soumise, de la part de l'enceinte abdominale, à une pression variable. Elle est subite et violente dans l'effort ; mais en outre, toute douleur ayant pour siége quelque organe contenu dans l'abdomen, ou quelque partie plus ou moins en rapport avec lui, détermine la contraction involontaire de ses muscles.

Aussi trouve-t-on, à l'examen d'une hernie étranglée, une tumeur tendue, rénitente, semblable à une vessie dilatée par insufflation. L'intestin est gêné, douloureux, détermine des coliques ; d'autre part, la paroi abdominale rigide, contractée, appuie fortement sur les intestins. Les gaz qu'ils contiennent tendent à s'échapper, sont refoulés dans l'anse herniée qui se laisse dilater, ne pouvant faire équilibre à une semblable pression. Que si l'on veut réduire, la tumeur devient plus douloureuse sous les doigts, la contraction abdominale augmente encore ; on ne peut déprimer la hernie, en chasser les gaz. Elle forme au devant de l'anneau une dilatation sphérique qui ne saurait s'y engager.

Je crois que cet *engouement* par les gaz est la cause première et d'abord unique de l'étranglement, et en suivant la marche de celui-ci, il nous sera facile de démontrer que les lésions de l'intestin, que l'on pourrait appeler secondaires, en découlent et ajoutent à sa permanence et à sa gravité. J'examinerai en même temps si la théorie que j'essaye de développer s'applique

à toutes les espèces d'étranglements, admises par les auteurs.

La constriction s'opère de trois manières : par les anneaux fibreux, par le collet du sac, ou à l'intérieur de celui-ci par des brides pseudo-membraneuses, par des perforations de l'épiploon, etc. La discussion, à propos de ces dernières variétés, viendra avec celle des espèces de l'étranglement interne dont elles se rapprochent beaucoup.

Le tissu fibreux qui circonscrit les anneaux, le collet du sac, sauf des modifications dont je parlerai tout à l'heure, me semblent des tissus bien passifs; leur contractilité est nulle, leur élasticité au moins douteuse. Si l'on examine sur le cadavre l'anneau fibreux et le collet d'un sac herniaire, en cherchant à les dilater, les plus grands efforts n'ont guère de résultats. Je les regarde plutôt comme des ouvertures inextensibles contre lesquelles l'intestin vient se contondre.

A. L'étranglement par les anneaux fibreux se produit ordinairement lorsqu'une hernie s'y engage tout à coup par un effort violent, ou lorsqu'une portion plus considérable se surajoute à une anse ou à de l'épiploon déjà sortis. On admet alors que l'anneau dilaté cède d'abord, puis se resserre par son élasticité. On a trouvé dans les opérations ou à l'autopsie ses bords fortement appliqués autour de l'intestin. Cela prouve-t-il que ce soit lui qui étrangle par le jeu d'une élasticité qu'on lui attribue avec quelque répugnance ? Je ne le crois pas. En effet, les conditions de la constriction s'expliquent tout aussi bien en admettant la rigidité de l'anneau. Que la portion restée soit hors de proportion avec l'ouverture de passage, cela ne prouve pas qu'il y ait eu dilatation forcée. L'anse intestinale trouve un conduit où la pression l'engage ; elle s'exprime comme dans une filière, arrive dans une cavité non contractile ; la continuation de l'effort y pousse des gaz de la partie supérieure ; elle s'est trouvée gênée dans son passage, puis par sa dilatation. La douleur qu'elle éprouve se transmet à l'abdomen, en entretient la contraction. L'anneau est étroit ordinairement ; son aire est moins grande que la somme de celles du double tube de l'intestin ; il se forme à ce niveau un rétrécissement, un collet. La tumeur devient globuleuse au-dessous ; son expansion applique bientôt les parois intestinales contre les bords de l'ouverture fibreuse, qu'à elles seules elles remplissaient déjà en partie. Une fois la hernie suffisamment distendue, le courant régulier des gaz s'arrête ; ils s'accumulent dans le ventre, en augmentent la tension, par conséquent la force. L'exaltation de la sensibilité, la gêne de la circulation, amènent, dans un temps plus ou moins long, l'injection, l'épaisissement des tu-

niques, nouvelle cause plus puissante encore, plus permanente et plus grave de l'étranglement. Ce sont là ces lésions que j'ai appelées *secondaires* : elles conduisent par une marche graduelle à l'inflammation, aux adhérences, à la gangrène, aux perforations, à l'épanchement de sérosité dans l'intérieur du sac, nouvelle cause d'augmentation de la tumeur. Maintenant la vitalité des parties entre en jeu, elle donne, pour la plus grande part, à l'étranglement ses caractères les plus graves et si justement redoutés. On a souvent comparé ce qui se passe dans la hernie à ce que l'on observe dans le paraphymosis. Chez un individu, le prépuce est étroit, mais laisse cependant sortir le gland avec assez de facilité. Qu'en cet état survienne un désir vénérien, une excitation produite par un attouchement, tout à coup le gland se tuméfie, le prépuce reste désormais en arrière ; il se fait un étranglement de plus en plus serré. Il n'y a là, comme pour l'anneau, qu'un changement consécutif de proportions entre l'ouverture de passage et la portion sortie. Dans les premiers temps, la réduction de la hernie par le taxis est possible ; elle se fera peut-être souvent. (Je reviendrai plus tard sur des conditions qui l'empêcheront.) En effet, puisque l'intestin a bien passé par l'anneau une première fois, il peut de nouveau le franchir ; il faut pour cela lui faire subir une pression égale à celle qu'il a supportée. On serait obligé d'admettre un resserrement de l'anneau bien violent pour que les parois intestinales ne pussent remonter, et dans ce cas, la gangrène serait presque immédiate, tandis qu'elle n'arrive guère qu'après un certain temps. Or, si l'on ne réduit pas, c'est qu'il est difficile de produire cette pression, qui représente celle de tout l'abdomen, sur une surface peu étendue, malaisée à comprimer. Par le chloroforme, on n'a pas de lutte avec la contraction des muscles, on la fait cesser ; les gaz sont refoulés, les parois intestinales, devenues flasques et malléables, s'affaissent et rentrent avec la plus grande facilité. C'est ce que nous avons si bien éprouvé chez nos deux malades. Or, on n'admettra pas que le choroforme relâche l'anneau en abolissant l'action musculaire, qui ne peut rien sur lui ; qu'il le dilate par une résolution directe, s'il n'est pas contracté.

Ainsi, tumeur simplement gazeuse, mais avec des enveloppes vivantes venant, par une loi toute physique, se mettre à l'étroit dans une *ouverture inextensible* par laquelle elles passent, tel est le premier état. Ces conditions se trouvent-elles dans tous les cas? C'est ce que nous allons rechercher après avoir donné cette description des accidents.

Qu'une petite portion d'intestin, qu'un diverticulum soit pincé

dans un anneau, il est facile de voir que les conditions sont encore les mêmes.

Je n'insisterai plus, à propos des autres variétés de l'étranglement, que sur les phénomènes primitifs pour examiner s'ils peuvent se ranger dans la théorie que j'expose.

Les phénomènes consécutifs sont identiques après toute constriction, par quelque mécanisme qu'elle se produise.

B. *Étranglement par le collet du sac.* — Dans les hernies anciennes, le collet est le siége de diverses altérations bien étudiées qui en épaississent les parois, les rétrécissent, les rendent dures, fibreuses, cartilagineuses même : c'est alors le type d'un anneau inextensible. On doit distinguer deux cas : ou bien le sac a toujours renfermé la hernie ; il est soumis à la pression d'un bandage mal fait, à des froissements, etc., causes ordinaires des changements qu'il subit. Son épaississement graduel, ses froncements qui deviennent définitifs, amoindrissent peu à peu le diamètre d'ouverture ; il arrive un moment où l'intestin est à l'étroit, puis serré. Cet organe est plus passif peut-être que dans les autres espèces de l'étranglement. Ou bien le sac maintenu à l'extérieur par des adhérences, plus directement gêné par un bandage bien ou mal fait, a cessé de contenir la hernie. Qu'elle y redescende tout à coup, nous aurons ces mêmes phénomènes que nous avons exposés. A vrai dire, l'ouverture fibreuse et le sac péritonéal ne sont guère qu'un seul et même anneau, inscrits comme ils le sont l'un dans l'autre, quelquefois confondus. Il serait difficile de décider alors quel est l'agent spécial de l'étranglement, comme dans l'observation de M. Maisonneuve citée par M. Gosselin.

Cependant un troisième cas se présente encore : le sac n'a pas d'adhérences extérieures, il se réduit en masse avec la hernie, son collet continue d'étrangler. Voici comment je me rendrais compte de ce qui se passe : la paroi péritonéale mince, appliquée contre les rebords fibreux, résiste avec eux à l'effort d'expansion. L'inflammation s'empare du sac et de la séreuse intestinale : à l'endroit de la constriction et autour, il se fera des adhérences, ou bien le sac enflammé devient plus inextensible encore, serre plus fortement. La masse glisse dans l'anneau, rentre dans son ensemble avec les mêmes rapports, l'étranglement est transporté plus haut. Il ne répugne certainement pas d'admettre cette explication : le sac et l'intestin se correspondent par une membrane également vivante qui doit participer et participe très-souvent en effet aux mêmes lésions.

Ainsi donc les anneaux fibreux, péritonéal, sauf les quelques exceptions posées, jouent un rôle passif dans l'étranglement.

C. *Étranglement interne par des brides de nouvelle formation, par le passage d'une anse à travers une ouverture normale ou accidentelle de l'épiploon, des mésentères, à l'intérieur de l'abdomen ou d'un sac herniaire.* — Toujours même mécanisme. Ici on n'invoquera pas la contractilité des parties, elle est impossible. Le point capital encore, c'est que l'anse intestinale s'engage dans une ouverture moins large que les aires de son double tube, qu'il y a un collet, un point rétréci. Pour l'étranglement dans l'intérieur du sac, c'est un anneau transporté seulement plus bas que l'ouverture herniaire proprement dite; pour l'étranglement dans l'intérieur de l'abdomen, la théorie semble en défaut, parce que la partie herniée est aussi entourée par des parois contractiles. Mais que l'on considère que la pression s'exerce sur elle dans une moins grande surface que sur la partie supérieure de l'intestin, qu'il y a déjà une portion rétrécie, que l'engouement par les gaz amènera bientôt la gêne dans l'anneau, puis toutes ses conséquences.

Peut-on de la même manière se rendre compte de l'étranglement des épiplocèles? Oui, pour les cas où il y a en même temps de l'intestin : c'est lui qui est l'agent de l'étranglement. L'épiploon ne fait simplement que rétrécir l'ouverture de sortie. Quant à la constriction de l'épiploon seul, je ne puis invoquer les mêmes vues. Toutefois, il faudrait être bien sûr qu'une portion d'intestin n'était pas comprise ; ensuite apprécier rigoureusement les conditions, savoir, si la hernie était ancienne, habituellement irréductible, mal contenue ou comprimée par un bandage; si la tumeur n'a pas été froissée, irritée ; si une péritonite du sac n'est pas le point de départ des premiers accidents; si une péritonite qui gagne déjà l'abdomen n'est pas la cause des symptômes graves, etc., toutes questions que je suis hors d'état de juger. Les mêmes considérations s'appliquent à l'étude de l'étranglement de tout organe plein. On admet généralement que la constriction de l'épiploon seul a une marche moins rapide et moins grave. Et en effet, nous voyons chez notre second malade une épiplocèle depuis longtemps irréductible ne pas déterminer d'accidents, malgré la compression habituelle d'un bandage, et rester bien indifférente au milieu des symptômes inquiétants que présentait déjà le tube digestif.

Une théorie du rôle de l'engouement par les gaz a été émise par M. O'Beirne. Je ne connais de ses idées que la courte citation qu'en donne M. Gosselin dans sa thèse : ce travail n'a pas été traduit, je n'ai pu m'en servir. Une expérience ingénieuse faite par le chirurgien anglais m'a été indiquée par M. Gosselin.

J'avais formé le plan de ces quelques réflexions quand cette

communication obligeante me mit à même de la répéter. Elle me semble prouver beaucoup. Voici comment je l'exécutai avec M. Dumoulin, mon collègue.

Je perçai dans une carte à jouer une ouverture de trois centimètres à peu près : j'y engageai une anse intestinale avec sa petite portion de mésentère; l'ouverture en fut presque à moitié remplie. Des deux bouts, l'un fut lié sur une sonde, l'autre fermé comme sur le vivant, puisqu'il ne communique pas directement au dehors. J'insufflai l'intestin de manière à lui donner à peu près le volume qu'on lui trouve sur le cadavre. On pouvait facilement lui faire franchir l'anneau. Je continuai une insufflation graduelle et sans aucun effort; l'anse se gonfla derrière la carte, acquit bientôt une forme sphérique, les parois intestinales s'appliquèrent contre les bords de l'ouverture, il se fit un étranglement bien marqué. La portion que j'insufflais n'était cependant pas trop distendue; j'aurais pu lui donner un bien plus grand volume. Nous essayâmes de réduire : j'avais bouché la sonde avec le doigt, il se faisait une fuite d'air, l'intestin s'affaissait un peu, et cependant la réduction fut impossible. Je continuai d'insuffler très-modérément, il se fit un tel effort d'expansion que la carte se déchira.

Je ne chercherai pas à donner l'explication physique du fait; l'expérience est singulièrement simple à répéter, et me semble bien démonstrative. Voici donc un anneau rigide, contre lequel vient s'étrangler une tumeur simplement gazeuse qui a tous les caractères primitifs de la hernie. Qu'on rende maintenant la vie aux parois qui contiennent l'air et l'on verra des lésions consécutives amener les mêmes symptômes, prendre la même marche que sur le vivant.

Transportons du reste l'expérience sur l'homme; le chloroforme permet d'établir des conditions identiques. La tension qu'acquiert le gaz contenu dans l'intestin mort est en raison de la force d'insufflation; de même la tension du gaz de l'intestin vivant est en raison de la contraction musculaire qui le comprime. Qu'on la diminue d'un côté en laissant sortir de l'air, qu'on la diminue de l'autre en abolissant la contraction, ce sont les mêmes termes, c'est le même résultat, la réductibilité facile. Or le chloroforme produit ce dernier effet ; la conclusion est rigoureuse, l'observation le démontre.

Pour nous il serait évident maintenant que toutes ces questions si complexes, si vivement recherchées et débattues, de l'étranglement et de ses diverses espèces, tombent d'elles-mêmes. Il suffit qu'une anse intestinale passe par une ouverture quel-

conque, qu'elle se soustraie en un point à la compression normale, pour que les mêmes phénomènes se produisent. Toutes ces discussions sur l'élasticité des anneaux, leur diminution possible par les muscles, sur les transformations du collet du sac, sauf quelques réserves que j'admets et qui sont parfaitement appréciables, seraient désormais inutiles. Je m'arrête devant des jugements qu'il ne m'est pas permis de trancher. Nous avons le plus possible tâché, par l'expérimentation, de saisir le mécanisme de l'étranglement; mais quelle en est la cause la plus immédiate ? Si l'intensité de la pression abdominale, de la sécrétion gazeuse, de la vitesse des courants, vient à varier, il peut s'ensuivre un étranglement. Pourquoi n'est-il pas plus fréquent comme on serait tenté de le craindre ? Certes ici nous ne connaissons pas plus les données complètes que dans tous les problèmes de pathologie, où il faut toujours laisser une large part à l'inconnue. Tout cela prêterait du reste encore à des développements.

Jusqu'où faut-il s'avancer dans les tentatives de réduction par le chloforme ? qu'est-il permis d'en attendre ? Il est évident qu'il fera réduire dans bien des cas où le taxis ordinaire eût échoué ; il sera sans effet dans ceux où l'étranglement déjà ancien aura causé, dans les tuniques de l'intestin, des changements tels que leur épaisseur, leur infiltration, etc., ne leur permettront plus de franchir une ouverture qu'elles remplissaient déjà en grande partie à l'état sain, quand même on en chasserait les gaz, sans compter qu'il peut y avoir des adhérences au sac, lui-même adhérent, qui retiendront définitivement l'intestin. D'un autre côté, on craindra de rentrer plus facilement qu'avec le taxis ordinaire une anse, dont les parois altérées amèneraient des accidents à l'intérieur de l'abdomen. Cela est possible ; la question est bien délicate ; on doit s'en rapporter aux règles générales d'indication du taxis posées par les maîtres. Toujours est-il, je crois, que dans les cas où la tumeur ne présentera pas des signes d'inflammation, etc., on réduira aisément, par conséquent, en général, dans les premiers jours.

Maintenant, chez les deux malades que j'ai vus, existait-il un véritable étranglement ? Il est impossible de poser une limite absolue au delà de laquelle toute irréductibilité viendra de cette cause. D'après les symptômes observés, je pouvais redouter fortement, sinon affirmer une constriction bien établie. Chez le premier, les accidents graves n'étaient pas encore très-prononcés ; mais si l'on considère toutefois que des tentatives bien dirigées et patientes avaient été faites en vain, toujours admettra-t-on que la réduction était au moins difficile. Or elle se fit avec une

merveilleuse facilité après les inspirations de chloroforme : voilà le point important.

Chez le second malade, les accidents étaient très-prononcés ; vomissements fréquents, nausées continuelles, etc. La réduction fut aussi très-rapide.

Avec les préceptes admis dans la science de la gravité moindre d'une opération précoce, le peu de confiance donné à un taxis trop prolongé, difficile d'ailleurs et déjà mis à l'épreuve, qui pourrait répondre qu'ils n'eussent pas été opérés?

Resterait à examiner les conditions d'étranglement de ces hernies volumineuses anciennes, par lesquelles il s'est pour ainsi dire formé deux cavités abdominales en rapport par une large ouverture. Mais j'ai hâte de terminer ces réflexions déjà trop longues. Quoiqu'il en soit de leur valeur, les faits des deux observations parlent d'eux-mêmes : je les livre à l'appréciation de juges beaucoup plus compétents et plus rigoureux que je ne saurais l'être.

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 30. *Mémoire sur la cautérisation considérée comme moyen de combattre les accidents qui surviennent à la suite des opérations*; par M. BONNET, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

(Bulletin général de Thérapeutique, février 1848.)

A la suite des opérations chirurgicales, et spécialement de celles qui, comme l'amputation des membres ou l'ablation des tumeurs, nécessitent des incisions étendues de la peau, il n'est pas rare d'observer des érysipèles qui, partant des bords de la solution de continuité, s'étendent de proche en proche à une grande partie de l'enveloppe cutanée, des phlébites et des résorptions purulentes, avec production d'abcès disséminés dans les viscères, des gangrènes humides, enfin des décompositions putrides de matières renfermées dans des cavités imprudemment ouvertes.

Tous ces accidents, dont l'origine est dans la plaie produite par l'instrument tranchant, rendent graves les suites des opérations, et dans un grand nombre de cas entraînent la mort des malades.

Il n'est pas de question de chirurgie pratique qui soit plus digne d'intérêt, et qui appelle plus impérieusement de nouvelles recherches ; car, on peut le dire avec assurance, l'art manque de ressources efficaces pour combattre la plupart de ces complications, et l'on est loin d'être fixé sur le choix à faire entre les moyens qu'on leur a opposés jusqu'à présent.

Des faits nombreux m'ont démontré toute la puissance de la cautérisation dans ces cas difficiles. Pratiquée, suivant des conditions particulières, avec le nitrate d'argent, la potasse, le chlorure de zinc, ou même le fer rouge, elle arrête les progrès des érysipèles, des phlébites, des gangrènes humides, pourvu toutefois qu'elle soit faite avec l'énergie convenable, et à l'époque où ces lésions sont encore accessibles à son action directe.

Ce mémoire a pour but de prouver, par des faits, la vérité de cette proposition générale, et d'indiquer de quelle manière la méthode cautérisante doit être employée pour limiter les accidents dont les plaies sont le point de départ. Cependant, avant de considérer la cautérisation comme agent curatif de lésions déjà développées, il est utile de dire quelques mots sur l'influence qu'elle peut avoir comme méthode préventive de la phlébite, de l'érysipèle et de la résorption purulente. L'examen de cette question préalable préparera le lecteur à accepter avec moins de défiance ce que j'ai à dire sur le sujet principal de ce mémoire.

En 1836, je publiai un travail destiné à démontrer que la cautérisation des veines, au moyen de la potasse caustique, l'emportait de beaucoup, dans le traitement des varices, sur toutes les méthodes généralement employées alors, et spécialement sur les épingles, qui, à cette époque, jouissaient d'une certaine faveur. Ce traitement par la potasse caustique, dont je devais l'idée à mon honorable confrère, M. Gensoul, et que je retrouvai depuis recommandé, mais d'une façon très-laconique, par Ambroise Paré et par Guillemeau, ne tarda pas à être modifié par M. Auguste Bérard, qui remplaça la potasse caustique par la poudre de Vienne. Depuis lors, la cautérisation des veines dans le traitement des varices a été adoptée par tous les chirurgiens qui ont cru devoir ne pas se borner à l'emploi des palliatifs, et aujourd'hui, l'expérience de tous est venue se joindre à l'expérience de quelques-uns, pour démontrer avec quelle sécurité l'on peut porter le caustique sur les veines des jambes et y coaguler le sang sans produire de phlébites.

Frappé des résultats de cette méthode, et comparant son innocuité aux lésions si souvent mortelles qui suivaient fréquemment l'incision, la ligature ou l'excision des varices, je pensai que la cautérisation devait être substituée, autant que possible, à toutes les opérations sanglantes qui intéressent les veines. Je développai ce principe général dans un mémoire publié en 1843, et je considérai surtout la cautérisation comme méthode préventive et curative de la phlébite et de la résorption purulente. La

cautérisation des hémorrhoïdes, compliquées de chute du rectum et formant un bourrelet saillant à l'extérieur, était aussi une des questions étudiées dans ce mémoire.

Après avoir cité les auteurs qui ont traité les hémorrhoïdes par la cautérisation avec le fer rouge, et entre autres Marc-Aurèle Séverin, je donnai l'observation de quatre malades chez lesquels j'avais détruit, par des applications successives de caustique de Vienne et de chlorure de zinc, des bourrelets volumineux de tumeurs hémorrhoïdales. En m'appuyant sur ces faits, aussi bien que sur l'analogie du traitement des hémorrhoïdes avec celui des varices de la jambe, je présentai la cautérisation comme une méthode qui mettait à l'abri de la phlébite et de la résorption purulente, accidents encore plus à craindre que l'hémorrhagie, lorsqu'on ose exciser les hémorrhoïdes.

Depuis cette époque, de nouveaux faits m'ont affermi dans les principes que j'émettais alors, et des publications, émanées d'hommes connus dans la science, sont venues leur donner une importante confirmation.

En 1846, M. Amussat a fait paraître dans la *Gazette médicale* un mémoire étendu sur la cautérisation des hémorrhoïdes ; il a fait connaître des procédés ingénieux pour détruire seulement le pédicule de ces tumeurs, à l'aide du caustique de Vienne solidifié, de M. Filhos, et il a cité un grand nombre de faits qui démontrent l'utilité et l'innocuité de cette méthode.

Récemment encore, M. Philippe Boyer a publié un mémoire sur la cautérisation par le fer rouge du bourrelet hémorrhoïdal.

Sur seize malades opérés par l'excision, le chirurgien avait eu cinq cas de mort ; il n'a eu aucun accident à déplorer toutes les fois qu'il s'est servi du fer rouge.

Quelle que soit l'origine de la préférence que ces deux auteurs donnent à la cautérisation dans le traitement des hémorrhoïdes, les faits qu'ils ont publiés, joints à ceux que j'ai fait connaître en 1843, prouvent que la cautérisation, comme méthode préventive de la phlébite, est aussi efficace dans les hémorrhoïdes qu'elle l'est dans les varices des membres inférieurs. A ces résultats, je pourrais ajouter aujourd'hui de nouveaux faits d'un autre ordre, citer par exemple le traitement de quatre varicocèles, dans lesquelles la destruction des veines par les caustiques a procuré une cure aussi complète qu'exempte de dangers ; mais il serait hors de notre sujet de rapporter ces observations avec détails ; je me borne à les indiquer, comme montrant la généralité de la loi que j'ai formulée, et je passe à l'objet spécial de ce mémoire, savoir :

l'étude de la cautérisation comme moyen de combattre des accidents déjà développés. Je vais examiner cette action curative : 1° dans la résorption purulente, 2° dans la phlébite, 3° dans l'érysipèle traumatique, 4° dans la décomposition putride qui succède à l'ouverture des kystes sanguins, 5° dans la gangrène de l'épiploon, lorsque cette partie du péritoine, herniée et étranglée, est maintenue au dehors par des adhérences.

Phlébites. Pour démontrer l'utilité de la cautérisation dans les inflammations des veines, j'ai cité deux ordres de faits dans mon mémoire de 1843. Les uns sont relatifs aux phlébites, suites de piqûres anatomiques ; les autres aux phlébites, suites de saignées.

Les phlébites, suites de piqûres anatomiques, que j'avais traitées alors par la cautérisation avec le fer rouge, étaient au nombre de quatre. Elles se compliquaient toutes de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques superficiels. Il s'y joignait un gonflement énorme de l'avant-bras et du bras, chez trois malades ; de la jambe et de la cuisse, chez un quatrième. Une seule fois, depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'appliquer la cautérisation au fer rouge sur une plaie anatomique, devenue le point de départ d'accidents semblables à ceux observés chez les quatre élèves dont je viens de rappeler l'histoire. La cautérisation, inhérente sur la plaie, et transcurrente sur le trajet des vaisseaux malades, a eu le résultat que faisaient présumer les essais antérieurs. Pourquoi les conseils que j'ai donnés sont-ils restés sans retentissement ? Pourquoi continue-t-on à traiter par des cataplasmes et des sangsues ces redoutables inflammations spécifiques ? Pourquoi faut-il avoir à déplorer chaque année, dans les écoles, des mutilations ou des morts qu'une médication plus énergique aurait sans doute prévenues ?

Je n'ai cité, dans mon mémoire de 1843, qu'une seule observation de phlébite, survenue à la suite d'une saignée, et traitée par la cautérisation avec le fer rouge. Le tissu cellulaire de tout le bras était, dans ce cas, le siége d'une suppuration avec gangrène. La cautérisation fut portée profondément dans ce tissu cellulaire dans la cavité des veines superficielles. L'occasion m'a manqué d'appliquer de nouveau cette puissante méthode, mais d'autres en ont fait usage, et le *Bulletin de Thérapeutique* a cité un cas analogue, dans lequel le fer rouge arrêta une phlébite grave, suite d'une saignée du bras.

Lorsque l'inflammation est bornée à quelques centimètres autour de la veine piqûrée, et qu'elle ne s'accompagne d'aucun signe qui fasse craindre la gangrène, on peut se contenter de

cautérisations moins effrayantes et plus faciles à appliquer que le fer rouge. On peut se servir dans ces cas du caustique de Vienne, de la potasse caustique, ou mieux de la pâte de Canquoin. C'est ce dernier procédé que j'ai mis récemment en usage dans une inflammation très-douloureuse qui s'était manifestée autour d'une saignée du pied, faite six jours auparavant. La pâte de chlorure de zinc introduite dans l'ouverture béante de la saignée, et laissée en place pendant huit heures, produisit une eschare de 15 millimètres de diamètre, et limita complétement les progrès de l'inflammation.

Résorption purulente. Ce serait le triomphe de la thérapeutique que de guérir la résorption purulente, cette maladie si constamment mortelle et si fréquente à la suite des grandes opérations. Connaissant la puissance de la cautérisation pour localiser la phlébite, lorsque celle-ci gagne de proche en proche, et qu'elle s'étend des extrémités au centre, je devais naturellement essayer l'emploi des caustiques dans le traitement de la résorption purulente. Les résultats de cette méthode n'ont pas été très-favorables, et le raisonnement fait comprendre qu'elle ne peut avoir qu'une bien médiocre efficacité, surtout quand la résorption succède à l'amputation d'un membre.

En effet, la phlébite, qui précède et entraîne ordinairement à sa suite la résorption purulente, occupe les veines qui accompagnent les artères, ou celles qui font partie intégrante du tissu médullaire des os. On ne peut en atteindre que l'extrémité béante à la surface de la plaie, et il est impossible de les cautériser dans leur trajet. Du reste, quand des symptômes incontestables de résorption purulente se manifestent, le pus est déjà formé dans l'intérieur des viscères, tels que le foie ou les poumons, et la mort en est une conséquence inévitable.

Malgré ces conditions défavorables, la cautérisation profonde de la plaie est le seul moyen qui offre quelque chance de réussite.

Sur les cinq malades dont je citais l'observation dans mon mémoire de 1843, trois moururent presque aussi promptement que si l'on n'eût pas cautérisé leur moignon; un quatrième vécut pendant trois mois. Sa plaie, résultant d'une amputation de jambe, avait été profondément cautérisée par la pâte de chlorure de zinc. Il échappa aux accidents de la redoutable maladie qui devait le faire périr en moins d'une semaine.

Le seul des cinq malades qui ait été définitivement guéri n'avait pas subi l'amputation d'un membre, je lui avais seulement enlevé une tumeur sur le côté du tendon d'Achille.

Ces résultats, quoique médiocrement satisfaisants, ont conduit M. Cauvière, de Marseille, à essayer la cautérisation au fer rouge contre la résorption purulente, conséquence fréquente des amputations dans tous les hôpitaux, mais surtout dans celui de Marseille.

M. Cauvière, d'après les renseignements qui m'ont été fournis par un de ses élèves, a traité par la cautérisation trois malades atteints de résorption purulente, et a obtenu sur l'un d'eux un succès complet.

Je n'ai pas de nouveaux faits à ajouter à ceux que je viens d'indiquer. Ces derniers sont loin d'être encourageants ; mais comme la cautérisation est la seule méthode qui ait produit des résultats évidents, je conseille d'y recourir, surtout au début des accidents, à l'époque où le gonflement et la douleur des parties voisines de la plaie font craindre l'imminence de la résorption.

On peut faire la cautérisation avec le fer rouge, ou avec la pâte de chlorure de zinc qu'on laisse pendant douze à vingt-quatre heures dans la plaie. Je préfère ce dernier caustique, qui est moins effrayant pour le malade, et moins compromettant pour l'opérateur. Dans des cas probablement mortels, on hésite à employer des méthodes qui, comme le fer rouge, révoltent les malades et ceux qui les entourent.

Dans une communication faite à l'Académie des sciences, le 13 septembre 1847, M. Gouyon, de Clermont-Ferrand, a conseillé, dans la résorption purulente, des pansements avec la solution de 3 grammes de nitrate d'argent, sur 30 grammes d'eau. Il ne cite aucun fait à l'appui de l'assertion qu'il émet sur l'efficacité de ce genre de pansement ; mais probablement la cautérisation très-superficielle que l'on peut obtenir avec la solution de nitrate d'argent ne saurait être aussi utile que les cautérisations profondes que j'ai mises en usage, et qui, elles-mêmes, dans la grande majorité des cas, ne suffisent pas pour localiser le mal. Toutefois, le rapport, qui existe entre cette méthode et celle dont j'ai fait moi-même l'application avec quelques succès, me conduit à accorder quelque importance aux propositions de M. Gouyon ; je pense qu'on ne doit pas négliger de les soumettre à l'épreuve de l'expérience clinique. Il importe tellement de faire sortir la thérapeutique de l'ornière où elle se traîne depuis tant d'années, en ce qui regarde la résorption purulente, que l'on doit tenir compte de tous les travaux qui s'y rattachent, et essayer tous les moyens qui offrent quelque chance de succès.

Erysipèle traumatique. — L'érysipèle traumatique est celui qui

a pour point de départ une solution de continuité commençant sur les bords d'une plaie. Il envahit quelquefois dans sa marche progressive toute l'enveloppe cutanée.

Ce genre d'érysipèle ne doit pas être confondu, ainsi que le veulent encore, dans ces derniers temps, MM. Chomel et Jobert, avec l'érysipèle de cause interne indépendant de toute lésion traumatique. Sans doute, comme le remarquent ces auteurs, une disposition intérieure est nécessaire au développement de l'érysipèle, que celui-ci commence autour d'une plaie ou qu'il en soit indépendant ; mais un caractère commun ne doit pas suffire pour faire confondre entre elles deux maladies complétement distinctes. Or, l'érysipèle traumatique diffère de l'érysipèle spontané par sa nature, par ses symptômes, par sa marche, par sa gravité et par son traitement.

On ne peut établir aucun rapport entre l'érysipèle simple et l'inflammation des vaisseaux lymphatiques ; il n'en est pas de même de l'érysipèle traumatique. Souvent, au début de celui-ci, on voit la peau sillonnée de lignes rouges, qui suivent la direction des vaisseaux lymphatiques et qui, se réunissant plus tard, donnent naissance à l'érysipèle bien caractérisé.

Dans l'érysipèle spontané, la partie malade se confond insensiblement avec la partie saine, et le mal s'arrête, en général, au point où il s'est développé primitivement. Dans l'érysipèle traumatique, au contraire, une élévation rouge, une ligne de démarcation tranchée, séparent la peau érysipélateuse de la peau saine, et, comme nous le disions plus haut, le mal, primitivement borné aux environs de la plaie, gagne de proche en proche, et souvent à une grande distance, les parties saines.

Tandis que l'érysipèle spontané s'accompagne souvent d'un simple œdème du tissu cellulaire, la mortification de ce tissu est une conséquence fréquente de l'érysipèle traumatique ; elle est inévitable, lorsque cet érysipèle gagne la peau de la verge ou des bourses.

Ces différences dans les symptômes en font aisément présumer dans la gravité du mal. En effet, l'érysipèle simple n'offre le plus souvent aucune gravité ; l'érysipèle traumatique, au contraire, est toujours d'un très-fâcheux augure. Son apparition peut faire craindre, quand la plaie est profonde, le développement de la résorption purulente. Il s'accompagne de délire lorsqu'il se manifeste dans le cuir chevelu, et souvent, sans aucune de ces complications, il entraîne la mort.

Le traitement de l'érysipèle traumatique, comparé à celui de l'érysipèle simple, n'offre pas moins de différences. Tandis que

les vomitifs et les applications les plus diverses, telles que l'eau vinaigrée, l'axonge, la pommade mercurielle, paraissent produire les résultats les plus marqués dans l'érysipèle spontané, tandis que celui-ci guérit en peu de jours sous l'influence de ces traitements ou après une expectation complète, l'érysipèle traumatique poursuit sa marche envahissante, malgré les remèdes internes ou les applications locales qu'on lui oppose habituellement.

Une thérapeutique spéciale peut seule en arrêter les progrès. Cette thérapeutique doit avoir pour but de détruire, autant que possible, les principes putrides qui peuvent être résorbés à la surface de la plaie, et de fixer l'érysipèle dans les parties qu'il a déjà envahies.

La cautérisation est la seule méthode qui permette d'atteindre ce double résultat, et de même qu'elle est le seul moyen de quelque efficacité contre la phlébite et la résorption purulente, de même elle est le seul remède utile contre l'érysipèle traumatique, qui a tant de rapports avec ces dernières lésions, par ses causes et par sa gravité.

La cautérisation peut être faite avec une dissolution concentrée de nitrate d'argent, ou bien avec la pierre infernale, que l'on promène sur la surface de la plaie et sur la peau affectée. Cette méthode a été mise en usage par M. John Higginbottom, et après lui, par M. Tanchou (*Compendium de médecine pratique*, t. III, p. 482). On peut employer aussi la pommade au nitrate d'argent, conseillée par M. Jobert (*Gazette médicale* 1846, p. 964). Elle contient, suivant le degré d'activité qu'on veut lui donner 4, 8 ou 12 grammes de nitrate d'argent, sur 32 grammes d'axonge. Ces moyens peuvent être suffisants dans des cas peu graves; le fait suivant est un exemple de leur efficacité.

Déchirure de la peau de l'avant-bras; érysipèle traumatique; cautérisation avec le nitrate d'argent; guérison prompte.

Obs. — Un jeune homme de dix-huit ans se déchira, avec un croc de fer, la partie antérieure de l'avant-bras. La plaie, pendant huit jours, suivit son cours ordinaire; mais au bout de ce temps, le malade, étant sorti et s'étant exposé à l'action de l'air froid, fut pris le jour même de frissons, à la suite desquels se manifesta, dès le lendemain, un érysipèle qui s'étendit jusqu'à la partie moyenne du bras. Cet érysipèle fut immédiatement traité par la cautérisation de la plaie et de toutes les parties rouges et tuméfiées, avec le crayon de nitrate d'argent; deux lavements de quina furent aussi administrés pour prévenir de nouveaux fris-

sons. Soit le peu de gravité du mal, soit l'efficacité du moyen qui était employé dès le début, l'érysipèle ne fit pas de nouveaux progrès, et la plaie ne tarda pas à reprendre son cours vers la cicatrisation.

Cependant, ce serait s'exposer à plus d'un mécompte que de se borner à la cautérisation superficielle que l'on peut faire avec le nitrate d'argent, momentanément appliqué. On a plus de chances de réussir si l'on cautérise profondément la plaie, qui est le point de départ de l'érysipèle traumatique. Le fait suivant prouvera que ce genre de cautérisation, pratiqué avec la pâte de chlorure de zinc, peut arrêter des accidents formidables et qui semblent devoir être prochainement mortels.

Érysipèle traumatique du cuir chevelu, succédant à l'ouverture étroite d'un abcès ; cautérisation de toute la surface interne de l'abcès ; guérison presque immédiate de l'érysipèle.

Obs. — Un homme de trente-deux ans, bien constitué, fut admis à l'Hôtel-Dieu de Lyon , salle Saint-Philippe, n° 38, dans le courant du mois de janvier 1847. Il venait pour se faire traiter d'un abcès sous-cutané placé au-dessous de l'angle de la mâchoire, et qui succédait à la carie d'un dent molaire. Pour éviter la difformité d'une cicatrice, je donnai issue à la suppuration par une simple ponction. Quatre jours après, j'arrachai la dent cariée. L'ouverture, restée fistuleuse, devint, cinq jours après avoir été faite, le point de départ d'un érysipèle qui, dès le quatrième jour, avait envahi la joue et l'oreille du côté malade, et tout le cuir chevelu ; j'avais employé, pendant les quatre premiers jours, des applications d'eau vinaigrée et donné deux émétiques. Ces moyens n'avaient modifié en aucune façon la marche du mal, et depuis deux jours un délire violent, accompagné d'une fièvre ardente, faisait craindre pour les jours du malade, lorsque je me décidai à pratiquer la cautérisation. C'était le cinquième jour de l'érysipèle. J'excisai toutes les parties de peau décollées par l'abcès, et je couvris le fond de celui-ci d'une couche de pâte de chlorure de zinc qui fut laissée en place pendant douze heures. Dès le jour même, le délire cessa, le gonflement de la face et du cuir chevelu diminua sensiblement. L'amélioration continua le lendemain, et le septième jour, c'est-à-dire vingt-quatre heures après le début de la cautérisation, toute fièvre et tout symptôme inflammatoire avaient cessé. La plaie cautérisée parcourut les périodes ordinaires, et la guérison s'accomplit promptement. Il avait suffi d'agir sur le point de départ de l'érysipèle pour que

celui-ci cessât immédiatement; l'influence de la médication fut aussi marquée que possible.

On peut avoir affaire à des cas beaucoup plus difficiles, soit par l'étendue et la profondeur de la plaie qui est la cause occasionnelle de l'érysipèle, soit par la surface que celui-ci occupe. On peut combiner alors avec avantage la cautérisation profonde de la plaie avec la cautérisation superficielle de la peau, ainsi qu'on le voit dans l'exemple suivant.

Extirpation d'une tumeur squirrheuse du sein et de glandes nombreuses dans le creux de l'aisselle; érysipèle traumatique; cautérisation du fond de la plaie et emploi de la pommade au nitrate d'argent; guérison.

Obs. — Le 11 octobre 1847, j'enlevai à une dame de cinquante-six ans, extrêmement grasse, une tumeur volumineuse du sein, et six glandes squirrheuses que je fus obligé de chercher dans le fond du creux de l'aisselle. Je réunis la plaie par première intention à l'aide de la suture entortillée. Dès le commencement du troisième jour, je reconnus une rougeur érysipélateuse au-dessous de l'aisselle. Dans le cours du quatrième jour, un érysipèle, parti des bords de la plaie, se manifesta dans tout son contour, avec le caractère de vives douleurs et de rougeur limitée, qui est propre aux érysipèles traumatiques. Effrayé de ces accidents, et les attribuant à l'absorption de matières putrides qui séjournaient dans le fond de la plaie, je n'hésitai point à enlever les épingles qui faisaient adhérer les bords de la solution de continuité, et à cautériser avec le crayon de nitrate d'argent, préalablement mouillé, les deux angles de la plaie qui étaient béants, et toutes les parties de peau envahies par l'érysipèle. Le cinquième jour, celui-ci s'était étendu à une partie du dos; toutes les adhérences s'étaient spontanément détruites. Je crus devoir alors cautériser toute la surface de la plaie, et j'y placai, de distance en distance, de petits morceaux de pâte de chlorure de zinc qui, dissous par la suppuration, devaient agir sur toute la solution de continuité.

Le sixième jour, l'érysipèle marchant toujours, et la plaie sécrétant des matières putrides, je continuai la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc, et je fis faire deux fois par jour des frictions avec la pommade de nitrate d'argent (4 grammes de nitrate pour 30 grammes d'axonge) sur toutes les parties frappées d'érysipèle. La presque totalité des téguments de la face postérieure du tronc était alors envahie. Le septième jour, aucun succès ne paraissait couronner nos efforts, on pouvait croire que la méthode que j'employais était aussi inutile qu'étrange. Je n'en

persistai pas moins à la mettre en pratique. Les cautérisations précédentes me paraissaient insuffisantes, je fis une nouvelle application de pâte de chlorure de zinc pour dessécher le fond de la plaie et faire cesser la décomposition putride dont elle était le siége.

A partir du huitième jour, l'érysipèle, qui s'étendait de la nuque à la partie supérieure des fesses, fut arrêté dans sa marche envahissante, et je pus suspendre les cautérisations. Dans le cours de la deuxième semaine, quelques légères rougeurs se manifestèrent de nouveau aux environs de la plaie, mais elles n'eurent aucune importance, et furent rapidement guéries par les onctions avec la pommade au nitrate d'argent. On peut dire que dès le huitième jour l'érysipèle traumatique était définitivement arrêté.

L'emploi des moyens locaux fut secondé par trois purgations, qni déterminèrent l'évacuation de matières très-fétides.

Tant que dura le traitement que je viens d'indiquer, c'est-à-dire, du troisième au huitième jour, la puissance de la méthode parut complétement nulle, et il fallut toute la conviction dont j'étais animé pour continuer la cautérisation, sous les yeux étonnés du médecin ordinaire de la malade. Quoiqu'il en soit, le résultat finit par répondre à mes espérances. La pommade de nitrate d'argent, conseillée par M. Jobert, me parut d'une remarquable efficacité; elle fut un complément très-utile de la cautérisation faite sur le fond de la plaie avec la pâte de chlorure de zinc.

Il est des cas malheureusement trop nombreux dans lesquels l'érysipèle traumatique fait de rapides progrès, et n'est arrêté ni par le nitrate d'argent, ni par les cautérisations profondes de la plaie. Que faire alors si les jours du malade sont menacés? il faut recourir à la cautérisation par le fer rouge.

Cette cautérisation, déjà conseillée par Pelletan, à la fin du dernier siècle, a été mise en pratique dans celui-ci par M. Larrey. Cet auteur a cité, dans sa Clinique chirurgicale, deux observations très-remarquables de succès obtenus par des boutons de feu, appliqués en grand nombre sur la surface érysipélateuse, et il a insisté sur les avantages de cette énergique médication. L'inutilité de moyens moins effrayants et la gravité des accidents m'ont engagé à y avoir recours dans le cas que je vais citer. C'est le seul où j'ai fait usage du fer rouge pour l'érysipèle traumatique; il me fait regretter de n'avoir pas été plus hardi dans plusieurs circonstances analogues.

Section du sphincter dans une fissure à l'anus; érysipèle traumatique; emploi inutile de la cautérisation de la plaie par le chlorure de zinc, et de l'érysipèle par le nitrate d'argent; boutons de feu; gangrène des bourses; cautérisation de ces parties par le chlorure de zinc; accidents graves; guérison.

Obs. — Le 20 mars 1846, j'opérai une fissure à l'anus par la section du sphincter, suivant la méthode Boyer. Lincision fut profonde et pénétra de 4 centimètres au-dessus de l'ouverture anale. L'étendue que je lui donnai était nécessaire pour diviser complétement le sphincter hypertrophié. Dans le milieu du jour, il y eut une hémorrhagie qui s'arrêta d'elle-même, après avoir duré deux heures environ. Quatre jours après l'opération, trouvant que la plaie était couverte de caillots fétides, que tout son pourtour était dur, gonflé et douloureux, et qu'il paraissait disposé à un érysipèle, je fis sur le lieu de l'incision une application de pâte de chlorure de zinc qui fut laissée en place pendant douze heures. Toute fétidité disparut dès ce moment, et l'état des parties qui entouraient la plaie parut s'améliorer; mais le lendemain, un érysipèle se développa sur la face interne de la fesse du côté gauche; il formait une saillie rouge et douloureuse, dont la ligne de démarcation avec la peau saine était parfaitement tranchée. Je cautérisai toute sa surface avec le nitrate d'argent.

Malgré cette cautérisation, il s'étendit en vingt-quatre heures de 10 centimètres à peu près. Le 26 mars, nouvelle cautérisation, nouveaux progrès du mal. Une troisième cautérisation, faite le 27, ayant été encore sans résultat, j'abandonnai ce moyen, et je recouvris toute la surface des parties malades avec des compresses trempées dans le vinaigre camphré. En même temps j'administrai deux bouteilles d'eau de Sedlitz, à deux jours d'intervalle. Ces moyens, comme il arrive d'ordinaire, ne produisirent aucun résultat; l'érysipèle gagna d'abord les deux fesses, puis il s'étendit aux bourses et fit le tour du bassin. Il se prolongea en même temps aux deux cuisses et aux lombes, de telle sorte que le malade ne pouvait se coucher sur aucune partie, sans ressentir de vives douleurs. A cet état local se joignaient de la diarrhée, une fièvre brûlante, un peu de délire et une altération si profonde dans les traits, que nous pensâmes, M. le docteur Delocre et moi, que la mort était inévitable, si le mal n'était pas arrêté dans son cours.

Le 1er avril, sept jours après le début de l'érysipèle, nous nous décidâmes à employer la cautérisation avec le fer rouge. L'érysipèle s'étendait alors du milieu des deux cuisses à la troisième

vertèbre lombaire ; il occupait tout le contour du tronc, à l'exception de la face antérieure. Les parties érysipélateuses étaient le siége d'une infiltration séreuse dans le tissu cellulaire ; j'appliquai plus de soixante boutons de feu sur la surface de cet immense érysipèle. En tenant compte des intervalles de repos rendus nécessaires par les plaintes du malade, l'opération dura près de trois quarts d'heure. Il est aisé de comprendre tout ce qu'elle eut de cruel pour le malade, et de pénible pour l'opérateur. Dès le lendemain, l'amélioration fut appréciable ; l'érysipèle ne fit plus que des progrès à peine sensibles.

Cependant, tandis que la cautérisation arrêtait en partie la marche envahissante de l'érysipèle traumatique, les bourses étaient frappées de mortification. Le 2 avril, la teinte noire de la peau, jointe à la cessation des vives douleurs qu'avait ressenties le malade, ne nous permit pas de douter de l'existence de la gangrène. Cinq jours furent employés à détruire la peau et le tissu cellulaire des bourses par la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc. La gangrène fut arrêtée par ce moyen, et à partir du 8 avril, nous pûmes considérer la vie du malade comme sauvée. Il est inutile d'entrer ici dans tout le détail des symptômes que présenta sa longue convalescence ; il suffira de dire que les boutons de feu ne produisirent nulle part une plaie profonde, et que les parties brûlées se desséchèrent comme si l'épiderme eût été seulement atteint. Ce ne fut qu'à la fin d'avril que les eschares des bourses se détachèrent complétement.

Les faits que je viens de citer sont les seuls, dans lesquels j'aie employé la cautérisation pour arrêter l'érysipèle traumatique dans sa marche envahissante. Le résultat, comme on le voit, a été constamment favorable ; il le sera sans doute dans les cas analogues, si l'on proportionne, comme je l'ai fait, l'énergie et l'étendue de la cautérisation à la gravité de l'érysipèle. Il faut porter celle-ci sur la plaie jusqu'au point d'y détruire toute putridité, toute odeur fétide, et après avoir ainsi enlevé à l'absorption les matériaux qui, infiltrés dans les tissus, paraissent être la cause de l'inflammation qui se propage au loin, il faut fixer et limiter l'érysipèle dans les parties qu'il a déjà envahies en les cautérisant avec le nitrate d'argent ou avec le fer rouge. Ces moyens locaux n'excluent point les remèdes internes et spécialement les éméto-cathartiques qu'indique ordinairement l'état des premières voies. Mais ces évacuants ne peuvent faire que la partie accessoire du traitement; la cautérisation est la seule méthode sur laquelle on puisse vraiment compter.

OPHTHALMOLOGIE. — 31. *De la cataracte pierreuse*; par le docteur AL. MAGNE, médecin-oculiste des crèches du département de la Seine et du bureau de bienfaisance du premier arrondissement, membre de la Société de médecine pratique, etc.

(Gazette médicale de Paris, N° 15 ; 1848.)

Les ossifications du cristallin et de son enveloppe sont admises aujourd'hui par tous les oculistes ; dans sa seule pratique, M. Middlemore a eu occasion d'en observer dix cas. M. Wardrop rapporte que, chez un malade dont le cristallin et la capsule étaient ossifiés, la membrane hyaloïde présentait le même état pathologique. Les auteurs admettent aussi que l'appareil cristallinien peut devenir pierreux, mais la plupart sans avoir eu occasion de s'en assurer, et c'est à peine s'ils consacrent quelques lignes, en passant, à cette altération, qui est cependant loin de manquer d'intérêt. Le seul point sur lequel les oculistes soient d'accord, c'est que *les cataractes d'une dureté vraiment osseuse ou pierreuse n'existent que chez les vieillards, quand une ou plusieurs des membranes de l'œil sont désorganisées, que la vision est détruite, que le globe de l'œil s'atrophie, et que la cataracte remonte à une époque très-éloignée.*

Cette opinion, émise par Mackensie et par M. Sichel, a été reproduite encore tout récemment ; elle est complétement en désaccord avec les faits qui sont à ma connaissance, et l'erreur, suivant nous, vient de ce que l'on a confondu les cataractes pierreuses avec les cataractes osseuses. On conçoit, en effet, que le cristallin et sa capsule ne soient pas plus exempts d'ossification, chez les vieillards, que bien d'autres parties du corps, et il faut de longues années pour déterminer cette ossification. On conçoit encore qur la désorganisation et l'atrophie ancienne conduisent au même résultat, puisque l'œil ne jouira plus que d'une vitalité négative, si je puis m'exprimer ainsi, analogue dans ses effets à ceux de l'âge. Mais il n'en est point ainsi des dépôts pierreux : les jeunes gens et les vieillards y sont également exposés, et la désorganisation de l'œil n'exerce aucune influence sur cet état pathologique. Quelques faits viennent à l'appui de mon opinion, et la mettent hors de doute.

OBS. I.—J'ai opéré, le 26 septembre dernier, un homme âgé de quarante-sept ans, et porteur d'une cataracte de l'œil gauche datant de vingt-cinq ans. A cette époque, étant employé à la monnaie et assistant à une expérience, ce malade fut atteint à l'œil gauche de plusieurs éclats d'argent. L'œil fut contus, mais non blessé dans sa coque au moment de l'explosion. Quelque

temps après, le malade était borgne par suite d'une cataracte. Il vécut ainsi sans songer à se faire opérer, quand, le 12 septembre dernier, en s'éveillant, sa femme fut frappée du volume inaccoutumé de la cataracte, qui avait franchi la pupille et se trouvait à cheval sur le bord pupillaire. Je dois dire que le malade est sujet à de violents accès de colère; c'est sans doute dans un de ces accès qu'à eu lieu le passage de la cataracte dans la chambre antérieure. Déjà il m'est arrivé de constater un semblable accident chez la belle-mère d'un médecin, près de laquelle j'avais été appelé par M. Dubois (d'Amiens). Répétons cependant, pour être complet, que c'est le matin, en s'éveillant, qu'on reconnut la nouvelle position de la cataracte, et que, pendant la nuit, la dilatation de la pupille aurait pu aider, sinon déterminer cette sortie. M. Nélaton a vu un cas de ce genre. Pour en revenir à notre malade, des douleurs intolérables et une violente inflammation se manifestèrent le jour même. Lorsqu'il se présenta à moi le 25 septembre, le globe oculaire était fortement injecté, et la cornée commençait à se troubler. Je proposai l'opération.

L'extraction se présenta naturellement à mon esprit; il suffisait d'une section à la cornée pour amener le corps étranger. Mais cette membrane était enflammée, et puis le sujet si violent, si indocile, si adonné aux boissons alcooliques, que je songeai un instant à accrocher avec l'aiguille la cataracte, et à la faire revenir dans la chambre postérieure pour l'abaisser ensuite, ainsi que l'ont fait Dupuytren et Luzardi. Le volume de la cataracte me décida pour l'extraction, malgré les difficultés qui devaient provenir du malade.

En effet, des soubresauts, des cris et des mouvements furieux m'empêchèrent de terminer la section de la cornée. Je ne retirai pourtant pas le couteau sans avoir pratiqué une ouverture assez large, par laquelle j'introduisis une curette et amenai au dehors les cinq sixièmes environ de la cataracte, laissant à la partie inférieure de la chambre antérieure un fragment qu'il ne me fut pas possible d'extraire, le malade s'y opposant opiniâtrément et *furieusement*.

Grandes furent ma surprise et ma joie quand je reconnus qu'il s'agissait d'une pétrification de la capsule; j'étais surpris en effet de voir et de toucher une altération si rare et que je ne connaissais que de nom, j'étais tout joyeux d'avoir choisi l'extraction, car une telle cataracte placée au fond de l'œil aurait pu amener la destruction de cet organe. Il fallut pourtant songer à une seconde opération, le fragment pierreux resté dans l'œil, en contact avec la cornée et l'iris, ne tarda pas à occasionner

des accidents : le malade se décida à grand'peine, à la condition d'employer l'éther.

Le 16 octobre dernier, le malade fut éthérisé par un jeune homme qu'emploie à ce sujet M. Aussandon, lequel était présent à l'opération. Quand j'ouvris les paupières, prêt à inciser la cornée, la sclérotique seule se présenta à moi, le globe oculaire était affecté d'un strabisme complet en bas et en dedans. Toute perte de temps pouvait être fâcheuse, j'eus l'idée de toucher l'œil avec l'ongle, le redressement fut immédiat, l'incision et l'extraction eurent lieu avec la rapidité qu'exigeait la circonstance, mais la douleur fut parfaitement sentie par le malade, auquel rien n'avait échappé, pas même le coup d'ongle.

Aujourd'hui, un mois après la dernière opération, le malade distingue les gros objets ; il reconnaît ses doigts, mais déjà il en était ainsi huit jours après la première opération ; je crains donc que ce faible degré de vision ne reste stationnaire. Ajoutons que le malade, par son indocilité et sa passion alcoolique, tend à annihiler le résultat.

Voici maintenant quelle est cette pièce anatomique que j'ai présentée à la Société de médecine pratique. La capsule postérieure est entièrement pierreuse, sauf un infiniment petit point central ; la capsule antérieure offre la même altération, seulement le point central est plus large ; elle présente quatre plaques pierreuses bien distinctes, dont l'épaisseur est au moins celle d'une coquille d'œuf de poule. La couleur est d'un blanc de craie et passe au jaune. Quand le fragment est placé dans l'eau, l'aspect est exactement celui des coquilles du pèlerin. Quant au cristallin, il n'existait plus, il a dû être absorbé jadis, ainsi que le démontre la forme irrégulière, plissée, froncée, du centre de la capsule antérieure.

Ainsi, dans cette observation, il est impossible de rapporter la nature de la cataracte à la vieillesse avancée, puisque le sujet a 47 ans ; on ne saurait l'attribuer davantage à une désorganisation de l'œil, à une atrophie, etc. Rien de tout cela n'existait chez mon malade, et les accidents consécutifs qu'il éprouva il y a vingt-cinq ans furent si peu sérieux (il n'est pas question bien entendu de la perte de la vue) qu'il ne songea même pas à consulter.

M. Orfila a bien voulu s'occuper de l'analyse chimique de cette cataracte, qui se composait entièrement de phosphate de chaux et d'une infiniment petite quantité de matière animale.

Voici d'ailleurs les résultats des expériences que je dois à l'obligeance de M. Lesueur.

Incinération dans une capsule de platine pour détendre la matière organique.	
Résidu blanc.	Soluble dans l'acide nitrique sans effervescence.
Le solutum limpide.	Précipité par l'oxolate d'ammoniaque en blanc (oxalate de chaux).
	Précipité en blanc par l'ammoniaque pure.
Après avoir chassé l'excès d'ammoniaque par la chaleur.	Précipité par le nitrate d'argent ou jaune. Le précipité se redissout dans l'acide nitrique.

Obs. II.—L'an dernier, M. Bérard a présenté à la Société de chirurgie un cristallin dur, pierreux, extrait par lui à une malade qui ne manque pas d'une certaine analogie avec le sujet de l'observation précédente. Cette malade, âgée de *trente-cinq ans*, était borgne-née de l'œil gauche. Cet *œil ne présentait pas de différence avec celui du côté opposé*, si ce n'est qu'il y quinze ou seize ans, on avait reconnu la tache formée par l'opacité cristalline. Au mois de juin 1846, on constata, sans cause connue, le passage du cristallin dans la chambre antérieure. Une ophthalmie intense se développa immédiatement et fut vainement attaquée par les antiphlogistiques et les purgatifs. C'est alors que M. Bérard fut consulté et qu'il pratiqua l'extraction. La section de la cornée ne se fit qu'avec une difficulté extrême, car la pointe du couteau se brisa sur le cristallin pierreux, qu'on parvint à extraire néanmoins, et dont la sortie fut suivie d'une certaine quantité du corps vitré liquéfié.

Chez cette malade encore, on ne peut invoquer l'âge comme cause de la cataracte pierreuse, puisque la malade n'avait que 35 ans, on ne saurait non plus rattacher cette cataracte à la désorganisation ou à l'atrophie, puisque les deux yeux ne différaient en rien, à moins qu'on ne considère la dilatation du corps vitré comme une désorganisation de l'œil. Tel n'est pas notre avis, tel n'est pas celui de Sanson, qui ne voit nullement dans la dilution du corps vitré une contre-indication à l'opération de la cataracte.

Obs. III. — Pellier de Luengsy rapporte qu'un *jeune* abbé, bénéficier à Lodève, vint le trouver à Montpellier pour être opéré d'une cataracte qu'il avait depuis plusieurs années à l'œil droit. « L'ayant jugée curable, dit Pellier, je lui en fis l'extraction, le 10 août 1776, en présence de MM. Broussonnet, Cusson père, docteur en médecine, et Bourquenod fils, professeur en chirurgie.» L'opération n'eut aucune suite fâcheuse, et ce jeune ecclésiastique *ne tarda pas à être guéri*. La cataracte extraite fut examinée en présence des hommes de l'art ci-dessus dénommés. Elle pré-

sentait une figure orbiculaire qui ressemblait, en couleur, à un cristallin de poisson cuit ; la cristalloïde ouverte, on trouva un cristallin pétrifié « qui était entouré d'une humeur gluante et épaisse comme de la colle, » humeur sans doute qui n'était autre chose que l'humeur de Margagny altérée.

Ce troisième fait est le plus concluant de tous ; non-seulement il ne s'agit pas d'un vieillard, puisque Pellier de Luengsy dit : Un *jeune* abbé, mais encore l'opération fut suivie de succès, ce qui rejette bien loin toute idée de désorganisation ou d'atrophie de l'œil.

Contrairement aux opinions généralement admises, je suis arrivé à cette conclusion, que les cataractes pierreuses, très-rares d'ailleurs, se rencontrent particulièrement chez les personnes, atteintes très-jeunes de cette affection et l'ayant conservée de longues années ; que ces mêmes cataractes ne coïncident pas avec des altérations incurables du globe oculaire ; qu'elles sont susceptibles de guérison.

Enfin, une indication pratique importante me paraît résulter de ce qui précède. La cataracte pierreuse n'offre pas de caractères qui puissent la faire distinguer des autres ; cependant, quand un chirurgien sera appelé à opérer une cataracte datant de vingt ou vingt-cinq ans, il ne devra pas hésiter à faire choix de l'extraction ; car, en supposant (ce qui peut arriver) qu'il ait affaire à une cataracte pierreuse ou osseuse, l'abaissement pourrait être suivi des accidents les plus graves, et même de la perte de l'œil.

XII. GÉNÉRALITÉS.

32. *Études sur les virus* ; par Jean Hameau, docteur en médecine à la Teste, membre correspondant de la Société royale de médecine de Bordeaux, de l'académie des sciences, belles-lettres et arts de la même ville, etc.

(Suite et fin : *voir* t. XII, décembre 1847, p. 190; t. I, janvier 1848, p. 179; t. II, février, p. 185.

(Revue médicale française et étrangère; novembre et décembre 1847.)

Quelques considérations sur l'entrée du choléra asiatique en Europe, et sur la route qu'il a suivie, pour prouver que c'est un virus, et qu'on aurait pu l'arrêter dans sa marche.

Afin de faire jaillir une lumière sur le grand sujet qui m'occupe, je vais analyser la marche du choléra de l'Inde dans son voyage

en Europe, parce que, plus que toute autre maladie virulente, il présente cette circonstance favorable à son examen, que nous savons d'où il nous est venu, et que nous ne sommes pas aussi bien fixés sur la patrie des autres virus.

Il y a lieu de croire que ce fléau a de tous temps ravagé l'Inde, ou du moins, qu'il y sévit depuis une très-haute antiquité, parce qu'il reconnaît pour cause la nature du sol et du climat. Cependant, depuis environ trois siècles que les nations de l'Europe commercent *par mer* avec ce pays, *jamais cette maladie ne nous est venue par cette voie ;* c'est là une chose digne de la plus grande attention.

Au rapport de tous les marins qui ont voyagé dans cette partie du monde, les équipages des navires européens *ont souvent été atteints du choléra, principalement sur les bords du Gange*, où il est endémique, et il ne les a quittés, en mer, qu'après avoir exercé sur eux les plus grands ravages. Il faut conclure de ce fait, qu'on ne peut révoquer en doute, que cette cause de maladie ne peut se transporter fort loin, *si elle n'a toujours sur sa route de nouveaux sujets à attaquer*. On doit aussi penser que, si elle s'attache aux marchandises et aux matières inanimées, elle ne peut y demeurer quatre ou cinq mois, ce qui est le temps que met ordinairement un vaisseau pour se rendre des régions de l'Inde en Europe.

Mais si elle n'a pu franchir le vaste océan pour venir nous porter la terreur et la mort, la terre lui a offert pour cela des moyens faciles. Pendant que les rapports entre l'Europe et l'Inde ont été nuls, par cette dernière voie elle est toujours restée dans son pays de prédilection. Ce n'est que lorsqu'un puissant monarque est allé échelonner des troupes depuis le Pont-Euxin jusques sur l'Araxe, et presque sur l'Indus, qu'elle est venue nous trouver : alors, et seulement alors, telle qu'un monstre dévorant, elle s'est précipitée sur notre belle Europe !

Ces deux circonstances offertes par le choléra, savoir : *qu'il n'a pu venir par mer, et qu'il est venu par terre*, doivent être méditées, et me paraissent devoir donner la preuve certaine que c'est un virus. Il ne peut pas y avoir de dissidence sur son origine : il est parti des bords fangeux du Gange, a traversé le Mogol, et envahi la Perse, où l'ont pris les Russes, campés sur les frontières de ce dernier royaume.

Depuis qu'il a sévi sur ces troupes, on peut suivre sa marche presque avec la même précision qu'on suivrait celle d'une armée : on le voit, pour ainsi dire, marcher d'étape en étape, depuis ces contrées lointaines jusques à Moscow, pour de là se répandre sur le reste de l'Europe, *et toujours en suivant les lignes habitées*. Ainsi

il est bien constant que, de nos jours, ce virus, qu'on n'observait qu'en Asie, a franchi, par terre, l'immense espace qui nous sépare de cette contrée pour venir nous attaquer, ce qu'il n'a certainement pu faire qu'en ayant sans cesse sur sa route des moyens de transmission, *puisqu'il n'est pas venu par mer*, où il ne trouvait pas les mêmes moyens.

Le choléra ne marche donc qu'autant qu'il trouve fréquemment sur son chemin de quoi s'alimenter et se reproduire ; sans cela, très-certainement, il n'irait pas bien loin. Ce qui est dit ici doit s'entendre de tous les autres virus, quoiqu'ils n'aient pas tous la même puissance contagieuse, et que tous ne la conservent pas un temps égal.

On admettra facilement avec moi que cette cause efficiente de maladie, quelque subtile qu'elle soit, est toute matérielle. Partie, cette cause, des contrées brûlantes et marécageuses de l'Asie, elle arrive, je suppose, au poste russe le plus avancé. En deçà de ce poste rien de semblable à elle n'existe encore, puisqu'aucun de ses effets n'y apparaît. Quoique bien légère et fugace, elle a une certaine masse, et elle occupe un espace qui a des limites. Eh bien ! de ces trois choses l'une : ou cette masse de matière avait assez d'étendue au poste russe pour couvrir toute l'Europe, ou il en est venu d'autre, du même foyer, qui s'est ajoutée à celle-là, ou enfin, elle a eu la faculté de se multiplier d'elle-même. Ces trois hypothèses sont également absolues, mais il n'en est qu'une qui puisse être vraie.

Quelqu'un pourrait-il croire, contre toute vraisemblance, que cette masse cholérique avait au poste russe toute l'étendue que, depuis, elle a paru avoir ? Ou bien, voudrait-on soutenir que cet effluve homicide, ayant commencé à déborder de son vaste réservoir, n'a cessé de couler dans nos régions que lorsqu'elles ont été remplies ? On ne pourrait soutenir ces deux hypothèses qu'avec des arguments inspirés par une imagination déréglée, et non avec ceux que donnerait l'étude profonde de ce sujet : c'est ce que je vais tâcher de démontrer.

Dans ces deux cas le choléra serait un miasme, et non pas un virus ; il y aurait infection et point contagion. Chaque individu prendrait sa cause de maladie dans l'atmosphère, et non à ceux qui auraient ce mal. Si cela était, rien ne serait plus conséquent que de proscrire tout moyen préventif. Lorsqu'on se livre à un mûr examen de ces deux questions, on voit qu'elles offrent un grand avantage à ceux qui voudraient les soutenir, parce qu'elles n'exigent aucun travail de l'esprit ; mais elles y laissent un vide pénible, et la raison n'est pas satisfaite. Bientôt plusieurs objec-

tions se présentent d'elles-mêmes; voici la première : Si c'est un miasme qui vole au gré des vents, d'où vient qu'il a suivi si exactement la ligne occupée par les Russes pour arriver au centre de leur empire, plutôt que de se disperser en divers sens, et de gagner, par exemple, la Natolie et la Syrie? Malgré soi on est naturellement porté à croire que c'est parce que le fléau s'attachait aux Russes, qui le portaient dans leur pays. On ne peut au moins disconvenir qu'il eût été bien plus naturel qu'il fût allé infester des lieux, dont le climat a plus de rapport avec celui de l'Inde, qu'avec celui des montagnes de la Circassie, des rives du Niémen ou de la Moscowa. Ensuite a-t-on bien réfléchi sur ce qu'est un miasme? S'est-on rendu compte de son action, pour dire qu'il peut s'étendre indéfiniment, ainsi que l'a fait le choléra? Certainement non. Les émanations putrides qui s'élèvent d'une grande ville, de Paris, par exemple, peuvent rendre les habitants de cette ville malades; mais croit-on qu'elles agiraient seulement à dix lieues de là? Je vais prouver que ce serait impossible.

Une objection qui me paraît sans réplique, c'est que, d'après la manière dont les corps morts se décomposent, les miasmes, qui sont des produits de ces corps, doivent aussi bientôt se désunir; qu'à peine élevés dans l'air ils doivent obéir aux lois des affinités, pour servir à de nouvelles combinaisons, ou pour se restituer à l'état élémentaire. Cette objection paraîtra de la plus grande force à ceux qui savent observer, parce qu'elle repose sur des lois invariables. Ce qui est inanimé se décompose en décomposant, et ce qui vit acquiert seul de la puissance dans cette opération. Cet effluve ne pouvait donc pas être un miasme, puisqu'il s'est étendu sur toute l'Europe *sans s'affaiblir*. Viendrait-on dire qu'il pouvait toujours en venir de l'Asie, pour accroître sa force et son étendue? Mais ce serait là une opinion si puérile, que ce n'est pas la peine d'y répondre.

Reste donc encore la troisième hypothèse, qui consiste à reconnaître si la cause efficiente du choléra avait la faculté de se grandir, de se multiplier elle-même. Ayant établi que cette cause ne peut être un miasme, c'est avoir virtuellement constaté qu'elle est un virus, parce qu'elle ne peut être que l'un ou l'autre ; or, tout virus a la faculté de se multiplier par sa propre force. Cependant, voyons si en le suivant dans sa course dévastatrice, nous pourrons plus clairement découvrir en lui cette faculté.

Pour cela transportons nous, en esprit, aux frontières de l'Asie et de l'Europe, à l'instant fatal où cet horrible fléau va les franchir, pour nous porter la terreur et la mort : le voilà en Europe. Nous l'avons pour ainsi dire aperçu au moment de son

passage; au moins, nous voyons qu'il produit là des phénomènes qu'on n'y avait jamais vus, et qu'il y occupe un espace très-circonscrit, eu égard à l'étendue qu'il avait au Bengale, dans le Mogol et en Perse. Chose étonnante : il a beaucoup voyagé, et il n'a pas perdu un iota de sa puissance ! Il tue ici, comme il tuait dans son pays natal ! Nous sommes étonnés qu'il ait franchi d'immenses contrées, qu'il ait changé de climat, et qu'il ait conservé toute son énergie ; malgré cela, nous ne pouvons encore croire qu'il puisse la conserver longtemps. La prudence veut que nous suspendions notre jugement sur sa nature ; car, il peut n'être qu'une vapeur pestilentielle, qui se serait élevée des bords du Gange ou de l'Indus, et qui, par quelque circonstance insolite, aurait été poussée jusque chez nous. Si cela est, nous verrons certainement notre climat, et surtout notre science, en faire bon compte.

Nous voici en observation : nos premières remarques nous font voir que cette maladie ne s'est pas encore déviée de la ligne occupée par les Russes, et qu'elle les suit partout où ils vont. Mais cela peut n'être que l'effet du hasard ; et si elle doit encore marcher, nous la verrons sans doute aller tout aussi bien (portée par les vents), sur les rivages du Pont-Euxin, de la mer Noire, du Bosphore et de la Méditerranée que dans l'empire Russe, si tant est qu'elle doive y pénétrer.

Hélas ! cette prévision, qu'il était permis d'avoir, ne s'est pas réalisée : le fléau a marché, mais chez les Russes seulement. Il n'est point allé, selon notre attente, vers des climats plus conformes au sien, mais au contraire il a accompagné les Russes jusques au cœur de leur froid empire, sans jamais les quitter ! Nous observons aussi qu'il a constamment suivi les grandes artères par où ce peuple fait circuler, vers ses capitales, les hommes et tous les objets de leurs besoins. Moscow et Saint-Pétersbourg ont les premières payé leur tribut ; et, comme si les horreurs de la guerre civile rendaient les hommes plus dignes de lui servir de pâture, c'est à Varsovie, c'est dans la malheureuse Pologne, qu'il est allé chercher ses plus nombreuses victimes.

Encore, il faut le dire, il ne s'est pas arrêté là. Il a suivi avec une étonnante précision les grandes lignes de communication que l'empire russe entretient avec les autres états, et c'est toujours dans leurs grands centres de population qu'il est allé sévir. Il s'est arrêté, avec une sorte de prédilection, dans les cités où se fait le plus grand commerce, et où se rend le plus grand concours de voyageurs : les villes anséatiques, Berlin, Londres. Paris, Bordeaux, Madrid, etc., ont eu à gémir de ses épauvantables ravages.

Après avoir ainsi observé le choléra, nous avons surtout été frappé, 1° de ce qu'il n'a rien perdu de sa force dans nos climats, 2° de ce qu'il se communiquait d'un individu à un autre ; 3° de ce qu'il a considérablement grandi et voyagé. Comparant ses effets à ceux des miasmes, nous avons vu que ces derniers n'agissaient pas ainsi ; qu'ils perdaient de leurs forces en agissant, qu'ils ne se transmettaient pas d'un malade à un autre, et que leur action était toujours circonscrite aux lieux d'où ils s'élevaient, ou que, du moins, ils n'allaient pas à une grande distance ; ce qui nous oblige à reconnaître que le choléra doit être un virus et non pas un miasme, puisqu'il a tant voyagé.

D'après ce qui précède, mes lecteurs ne sauraient douter que le choléra s'attachait aux personnes, et qu'il était ainsi transporté, pendant l'incubation, d'un lieu à un autre. Il leur paraîtra tout aussi positif que ce n'était pas toujours la même quantité, venue des frontières de la Perse, qui se répandait en Europe ; mais que cette première matière, en passant dans les individus, s'augmentait et se répandait autour de chacun d'eux ; de telle sorte, qu'ils étaient tous comme autant de laboratoires où se recomposait et se perpétuait le virus. Qu'ils réfléchissent bien à cela, et ils verront que c'est une grande vérité. Ils ont vu qu'il est physiquement impossible que les substances miasmatiques puissent grandir; qu'elles doivent au contraire promptement se décomposer pour passer à de nouvelles combinaisons, ou à l'état élémentaire. La cause productrice du choléra s'est donc multipliée dans chacune des personnes qu'elle a atteinte, et puisqu'elle s'est multipliée, elle est contagieuse ; ces deux phénomènes sont inséparables ; car le produit de la multiplication ne reste pas dans les corps des malades ; il doit nécessairement en sortir pour se répandre dans l'air, comme avait fait son générateur, et puisqu'il passe dans l'air, c'est pour contaminer, pour pénétrer de nouveaux sujets, s'il s'en présente. Les virus ne se montrent à nous que par ces deux qualités ; sans elles nous les ignorerions toujours ; or, ce qui a été engendré doit engendrer à son tour, et ce sera ainsi jusques à la fin des temps.

Ce sujet ainsi analysé me paraît donner pour certain : 1° que le choléra est un virus; 2° qu'il est contagieux; 3° qu'on aurait pu l'arrêter lorsqu'il commença ses ravages sur les soldats russes ; 4° qu'on pouvait s'en garantir, ou l'empêcher de s'étendre dans tous les autres lieux où il a été transporté ; 5° que toutes les maladies errantes, cosmopolites, sont du virus, et comme lui contagieuses ; 6° *que cette seule faculté de voyager, possédée par une cause quelconque de maladie, est suffisante pour établir, avec certitude*

qu'elle est un virus, et qu'elle doit en avoir tous les attributs; 7° enfin, que toutes ces causes léthifères obéissent à une loi générale de la nature, d'après laquelle chaque être vivant est exposé à fournir (même aux dépens de son existence) à d'autres êtres tous les éléments de leur développement et de leur régénération.

Fatale loi, à laquelle l'homme est plus soumis qu'aucun des autres êtres !... Toutefois, par un don tout providentiel, l'homme seul est capable de l'éluder, ou d'en affaiblir les cruels effets. Si son corps est impuissant pour se défendre contre les attaques d'insectes immondes et dévorants, son esprit peut les dompter, et s'affranchir ainsi du tribut qui lui est imposé : il n'a qu'à le vouloir fermement et avec persévérance.

Oui, j'ose croire que, si l'on travaillait avec ardeur et constance à étudier ce curieux et important sujet *en prenant ses moyens d'investigation dans la nature*, on donnerait, peut-être avant longtemps, à la science, des règles fixes, qui conduiraient, avec sûreté, dans les combats qu'il faudrait livrer à ces causes de destruction. Alors je m'estimerais heureux si mon faible ouvrage pouvait offrir quelques vues utiles à ceux qui, par leur savoir et leur génie, seraient dignes d'entreprendre cette œuvre, que j'appelle de tous mes vœux.

Pour cela, il me semble qu'il faudrait adopter un plan général d'études, dont voici quelques bases : 1° chercher à connaître quelle peut être l'essence intime des virus, en les considérant d'après les lois naturelles, et les principes les plus solides de la science, puis en faisant des expériences physiques, physiologiques et thérapeutiques ; car ces trois modes d'expérimentation présentent tous des avantages ; 2° dresser une statistique de tous les virus connus, et de ceux qu'on parviendrait à connaître, dans laquelle on établirait leurs caractères distinctifs, les lieux où ils résident habituellement, et les lieux où ils se sont propagés ; 3° distinguer ceux qui sont propres à l'homme, ceux qui sévissent sur les animaux, et ceux qui peuvent également attaquer l'homme et les animaux ; 4° faire connaître les virus contre lesquels on aurait des remèdes toxiques, tels que ceux que nous possédons maintenant contre la gale et la syphilis ; 5° signaler les climats qui semblent naturels à certains virus, qui, s'ils sont transportés dans d'autres lieux en sortent d'eux-mêmes pour ne plus y reparaître, à moins qu'on ne les y porte de nouveau. Voici des exemples qui feront comprendre ce que je veux dire. La fièvre jaune et le choléra nous étaient venus de pays lointains ; mais ils ont si bien disparu que nous ne devons pas les craindre s'ils ne nous

sont plus portés. Au contraire, la variole et la syphilis, qui nous sont venues aussi de pays lointains, sont restées constamment chez nous, et très-certainement elles ne nous quitteront jamais d'elles-mêmes; tous les pays leur sont bons : on peut les dire cosmopolites. Cette distinction est extrêmement importante, parce qu'on peut se mettre en garde contre les premiers de ces virus, sachant bien qu'on ne peut les avoir loin de leur patrie, qu'autant qu'ils y sont transportés. C'est pour moi une conviction profonde que le choléra pouvait être arrêté lors de son passage en Europe, si les autorités russes avaient pris pour cela des mesures sévères et bien combinées.

Pour faire ce travail avec toute la perfection désirable, il faudrait que les gouvernements instituassent, sous leur incessante protection, des conseils médicaux spécialement chargés de cette étude. Ces conseils correspondraient entre eux, avec les sociétés savantes, et avec les médecins de tous les pays. Des prix suffisamment rénumérateurs, et surtout honorables, seraient créés pour récompenser les personnes qui auraient travaillé avec distinction à cette œuvre, dont la science a besoin,et que réclame l'humanité.

Je termine ici mon travail et non mon sujet, parce qu'il est en quelque sorte inépuisable. J'ai dit de grandes choses, qui me semblent vraies, et je les ai présentées sous un point de vue nouveau ; mais ce n'est pas pour le plaisir d'innover ; c'est qu'elles m'ont paru telles que je les ai dites lorsque j'ai cherché, par l'expérience et la réflexion, à pénétrer dans leur essence intime : c'est donc en me croyant inspiré par la vérité que j'ai pris la plume. J'aurais pu disserter bien plus longuement sur certains objets, tant ils me fournissaient ample matière pour cela ; mais j'ai compris que je ne devais signaler que ce qu'ils avaient de plus saillant, parce que, si j'étais dans l'erreur sur ce qu'ils ont d'essentiel, le reste devenait inutile. Je sais qu'une certaine prévention s'attache d'abord aux idées nouvelles; aussi je ne demande pas qu'on approuve de suite les miennes, mais seulement qu'on les examine, avec cette disposition qui fait désirer de connaître la vérité. Comme ce sujet est enveloppé de ténèbres, j'ai tâché de parler aux sens autant qu'à l'esprit, et pour cela j'ai pris mes moyens de comparaison dans des choses connues, qui lui étaient similaires, ou qui me paraissaient l'être. En un mot, j'ai suivi la méthode analytique autant que je l'ai pu ; je me suit dit : Les virus sont dans la nature, et tout en elle s'enchaîne ; or, en les étudiant eux-mêmes, je dois trouver leurs liaisons avec les autres corps de cette même nature. En procédant ainsi ils m'ont paru

appartenir au règne animal, en former le dernier chaînon connu, et l'acarus de la gale s'est présenté à moi comme le géant de cette partie de la création.

Malgré le zèle qui m'anime et l'extrême réserve que j'ai mise dans cette composition, ce n'est pas sans appréhension que je la livre à la publicité. Je me rassure pourtant dans la pensée que, si le public est sévère, il est équitable ; qu'il verra les grandes difficultés de la matière, le désavantage de ma position, et que, sans s'arrêter à l'imperfection de l'œuvre, il me tiendra compte de ma bonne intention, qui consiste principalement à provoquer une étude approfondie de mon sujet. Si mes vœux étaient bientôt exaucés, et si dans les travaux qui seraient entrepris on trouvait que j'aie fait briller quelques rayons de lumière pour conduire dans la bonne voie ; qu'on la suive, cette voie, sans même penser à l'auteur ; car alors je serais satisfait, je croirais avoir bien rempli ma carrière, et je la verrais finir avec cette quiétude que donne à tout honnête médecin l'idée d'avoir fait quelque chose d'honorable pour l'art et d'avantageux pour l'humanité souffrante.

---

33. *Mémoire sur la localisation des maladies cutanées* ; par C. Baron, médecin du bureau central.

(Gazette médicale de Paris, N° 16 ; 1848.)

AVANT-PROPOS.

Le travail que je publie maintenant remonte à l'année 1837, pendant laquelle je remplissais les fonctions d'élève interne à l'hôpital Saint-Louis. L'année suivante, je le présentai au concours pour le prix des internes. La question du siége élémentaire des affections cutanées n'attirait que fort peu alors l'attention des médecins, car il n'en était pas ordinairement fait mention dans les traités de pathologie cutanée, et quoiqu'une observation intelligente eût précédemment conduit quelques pathologistes, devançant les connaissances généralement admises à leur époque, à penser que chacune des maladies de la peau devait avoir un siége distinct dans le réseau de cette membrane, cette opinion était oubliée ou non appréciée à sa juste valeur. Des médecins très-versés dans l'étude de la pathologie cutanée m'engagèrent même à ne pas publier mon travail, qu'ils regardaient comme appuyé sur des données incertaines, l'anatomie élémentaire de la peau n'étant pas encore, suivant eux, suffisamment éclaircie. Mais, depuis lors, les dermatologistes ont adopté une autre opinion sur l'opportunité de la localisation des maladies de la peau,

car aucun d'eux n'omet maintenant de discuter avec soin les questions qui se rapportent à cette localisation, et plusieurs même l'admettent pleinement. Ainsi, M. Cazenave (1) dit qu'une maladie de la peau se traduit par une expression symptomatique différente, selon qu'elle affecte tel ou tel appareil de cette membrane, et il assigne à chacune un siége spécial. Suivant M. Duchesne-Duparc (2), la différence anatomique du siége des maladies de la peau laisse à chaque altération sa physionomie particulière, et cela indépendamment de la nature de la cause. Le même auteur ajoute qu'il n'est pas aussi difficile qu'on l'a prétendu jusqu'à présent d'établir le siége anatomique des maladies de la peau. Enfin, on doit à M. Daremberg la traduction d'un savant mémoire de M. Rosenbaüm (de Halle), dans lequel on trouve la preuve qu'en Allemagne et en Angleterre plusieurs pathologistes se sont, pendant ces dernières années, occupés de localiser les affections cutanées (3).

Je me crois donc autorisé maintenant à ne plus regarder comme préconçues mes opinions sur le siége élémentaire des maladies de la peau et à publier ce mémoire (4).

Si on parvenait à localiser les maladies de la peau, et nous en concevons la possibilité, a dit un savant anatomiste (5), *c'est-à-dire si l'on pouvait, prenant pour guide l'anatomie, indiquer le siége de chaque maladie cutanée, ce serait un véritable progrès pour la médecine et pour l'anatomie pathologique.* C'est l'idée que je conçus aussitôt que je me livrai à l'étude des maladies de la peau ; je pensai que la recherche de leur siége élémentaire devait contribuer à donner à cette partie de la science la précision plus grande que l'on trouve, il faut l'avouer, dans la pathologie d'autres appareils bien moins accessibles à nos sens que l'enveloppe tégumentaire. Que dirait-on, en effet, d'un médecin qui confondrait maintenant dans une même description l'inflammation des tuniques péritonéale et muqueuse de l'intestin ou l'entérite folliculeuse et l'entérite simple ? C'est pourtant un assemblage aussi défectueux que consacre encore la pathologie cutanée.

Il est vrai que la structure de la peau a été pendant longtemps trop imparfaitement connue pour qu'il fût possible de chercher

(1) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, 1er vol, n° 1, 1843.
(2) Résumé analytique, *Gaz. Méd.*, 27 juillet 1844, n° 30.
(3) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, 2e vol., nos 7 et 9, 1845.
(4) J'ai laissé ce travail à peu près tel qu'il était en 1838 ; à peine y ai-je introduit quelques modifications en rapport avec les assertions émises depuis cette époque, sur le même sujet, par divers pathologistes, modifications qu'il sera d'ailleurs facile de reconnaître.
(5) *Nouvelles recherches sur la structure de la peau*, par G. Breschet et Roussel de Vauzème. Paris, 1835.

à localiser ses maladies. Mais depuis les recherches de plusieurs savants modernes, et en particulier de MM. Breschet et Roussel de Vauzème (1), recherches dont les résultats ont été vérifiés par d'autres anatomistes distingués (2), la structure de l'enveloppe tégumentaire est aussi bien connue que celle de la plupart des autres organes. Je crois donc qu'il est temps d'assigner à chaque maladie de la peau un siége spécial dans les éléments constitutifs de cette membrane, ce qui d'ailleurs est l'opinion de plusieurs des médecins éclairés (3) qui se sont livrés particulièrement à l'étude des affections cutanées, ainsi que je l'ai déjà indiqué.

D'ailleurs, quand même la structure de la peau ne serait pas encore parfaitement éclaircie et ses divers éléments universellement reconnus, il ne faudrait pas en conclure que l'on a tort de se servir des connaissances actuelles sur ce sujet, pour localiser les maladies de cette membrane. En effet, il est bien peu d'organes sur la structure desquels les anatomistes soient entièrement d'accord, et tous les médecins admettent des maladies de l'intestin distinguées par le siége élémentaire, quoiqu'ils discutent encore sur la structure de ce viscère. De même, il n'est pas indispensable d'attendre que les anatomistes s'accordent sur la forme particulière des organes cutanés pour attribuer à chacun des maladies spéciales ; en effet, que ce soient, par exemple, la membrane d'Eicchorn ou les glandules de Breschet qui sécrètent l'épiderme, il n'en est pas moins vrai que cette sécrétion est le produit d'un organe spécial.

J'ajoute qu'il n'est pas rigoureusement nécessaire de connaître tous les détails de la texture élémentaire de l'enveloppe cutanée, pour admettre que cette enveloppe est constituée par l'assemblage complexe de plusieurs espèces d'organes. La multiplicité des fonctions dévolues à la peau ne suffit-elle pas pour prouver la multiplicité des organes qui la constituent, et, en rapport avec ces différences de fonctions, les différences que les maladies de cette membrane offrent, dans leur aspect et dans les produits dont elles provoquent la sécrétion, ne sont-elles pas difficiles à expliquer autrement que par la localisation de chacune dans un appareil spécial ?

J'établis donc en principe que les affections cutanées doivent être localisées, et si l'on commet quelques erreurs dans la répartition de ces maladies, si l'on place dans un appareil une ma-

(1) *Loc. cit.*

(2) M. Giraldès a reconnu aussi plusieurs des organes cutanés décrits par MM. Breschet et de Vauzème.

(3) Cazenave, *Ann.*, 1er vol., nos 1, 2, 3. — Duchesne-Duparc, *loc. cit.* — Rosenbaüm, *loc. cit.*

ladie qui appartient à un autre, il ne serait pas juste d'en conclure que ces erreurs, presque inséparables de toute œuvre commençante, infirment la vérité du principe de localisation que je crois incontestable : elles seront ultérieurement corrigées, et s'il en est qui dépendent d'une faute d'anatomie, leur rectification suivra les perfectionnements apportés à cette science.

La localisation des affections cutanées n'est d'ailleurs pas tout à fait nouvelle ; elle a déjà été admise pour plusieurs de ces affections en particulier; j'aurai même souvent occasion, en traitant du siége élémentaire de chaque maladie, de m'appuyer sur des indications précieuses fournies par plusieurs pathologistes. Ainsi, déjà Astruc (1) attribuait un siége spécial à la teigne, à l'ecthyma, à l'urticaire, à la couperose. Biett, dans ses *Leçons cliniques*, cherchait souvent à attirer l'attention de ses élèves sur les différences qui dépendent du siége élémentaire dans les affections cutanées. Beaucoup d'auteurs, M. Rayer entre autres, reconnaissent des maladies particulières aux glandes sébacées et aux follicules pileux. Pourquoi donc restreindre à quelques affections le système de localisation qui peut facilement s'appliquer à toutes ?

Gardons-nous toutefois d'être trop exclusifs; s'il est vrai que par l'effet de la constitution, de l'idiosyncrasie, des habitudes du sujet ou par toute autre cause, tel appareil élémentaire de la peau soit plus apte à contracter les maladies chez les uns, tel autre appareil chez les autres, nous sommes loin de prétendre que les maladies restent toujours bornées à l'élément qu'elles affectent primitivement ; les organes qui entrent dans la composition de la peau sont d'un trop petit volume et trop voisins les uns des autres pour que les maladies qui atteignent primitivement un appareil ne s'étendent pas, dans certains cas, aux appareils voisins. C'est, en effet, ce qui arrive, et cette altération complexe est l'une des causes qui rendent plusieurs affections cutanées quelquefois si semblables les unes aux autres et si difficiles à distinguer entre elles. Nous nous efforcerons d'indiquer ci-après la part plus ou moins grande que chaque appareil prend consécutivement aux affections primitivement placées dans d'autres appareils et l'instant où surviennent ces complications.

De la localisation des maladies de la peau résulte un classement basé sur le siége élémentaire de ces maladies, mode très-naturel, puisqu'il consiste à grouper ensemble les maladies d'un même organe et à les séparer de celles des autres organes. J'ajouterai que cet ordre est non-seulement anatomique, mais encore

(1) *Traité des tumeurs et des ulcères*. Paris, 1759.

physiologique, car la plupart des affections cutanées ne restent pas bornées à un seul organe : par exemple, à un seul bulbe pileux, à une seule papille, mais occupent à la fois un plus ou moins grand nombre des éléments d'un appareil ; chaque maladie est donc le plus souvent celle d'un appareil cutané, c'est-à-dire de l'ensemble des organes concourant à une même fonction de la peau, et le développement de chaque maladie est ordinairement favorisé par la disposition morbide de tel ou tel appareil.

Le principe de la classification anatomique a d'ailleurs été posé par Bichat, qui divise ces maladies en quatre classes, d'après la structure qu'il reconnaît à la peau : 1° maladies des papilles ; 2° maladies du tissu cellulaire des aréoles du derme ; 3° maladies du réseau capillaire extérieur ; 4° maladies du chorion (1). Cette classification, quoique imparfaite comme les connaissances que l'on avait au temps de Bichat sur la structure de la peau, n'est pas moins importante à rappeler. L'opinion d'un homme d'une généralisation ordinairement si heureuse ne prouve-t-elle pas en faveur du principe de la classification anatomique ? Biett n'était pas éloigné de ce mode de classement (2). Enfin, dans ses cours, M. Piorry suit aussi l'ordre anatomique pour la description des maladies de la peau.

Avant d'indiquer notre classification, rappelons quels sont les appareils généralement admis maintenant comme concourant à constituer l'enveloppe tégumentaire. Ce sont : le réseau vasculaire artériel, veineux et lymphatique ; le corps papillaire ; l'appareil sécréteur et excréteur de la sueur ; l'appareil sécréteur de l'épiderme ou blennogène ; l'appareil sécréteur de la matière colorante ou chromatogène ; les follicules sébacés ; les bulbes pileux ; la matière des ongles ; la trame cellulo-fibreuse. On peut voir, par le tableau suivant, quelles sont les maladies qui affectent chacun de ces appareils (3).

Maladies ds l'appareil vasculaire. — Roséole, rougeole, scarlatine, érythème, érysipèle, vésicatoire, pemphygus, nævus, purpura.

(1) *Anatomie générale*, t. IV. Paris, 1801.

(2) « Le temps viendra sans doute, dit cet auteur, où des travaux anatomi-
« ques plus exacts... jetteront de vives lumières sur la pathologie du derme.
« Alors on pourra essayer d'établir les bases d'une classification plus simple,
« plus rigoureuse et moins contestable. En attendant, il est permis, en se gui-
« dant d'après les recherches les plus modernes, de hasarder quelques conjec-
« tures sur le siége de chaque forme. » (Biett, article *Eczéma*, du *Diction. de*
« *Médec.*, t. XI, 1835.)

(3) Il eût été facile de créer de nouveaux noms appropriés à cette classification, mais j'ai préféré conserver les anciens, afin d'être plus clair.

Maladies des papilles. — Urticaire, prurigo, hypéresthésie, anesthésie, éléphaniasis des Grecs.

Maladies de l'appareil sudoripare.—Sueurs abondantes, éruption de la suette, sudamina, éruption de la fièvre miliaire, éruption accompagnant les sueurs copieuses, éruption vésiculeuse par topiques irritants, herpès.

Maladies de l'appareil sécréteur de l'épiderme. — Pityriasis, eczéma, psoriasis, ichthyose, durillon, cor, verrue.

Maladies de l'appareil chromatogène.—Nævus, lentigo, éphélide hépatique, éphélide mélanée, vitiligo, albinisme.

Maladies des follicules sébacés.—Acne disseminata, acne puntata, acne rosacea, mélitagre, mentagre, impetigo sparsa, lupus.

Maladies des bulbes pilifères. — Lichen, fævus, trichoma, alopécie, canitie.

Maladies de la matière des ongles. — Onygose, exagération de sécrétion.

Maladies de la trame cellulo-fibreuse. —Ecthyma, rupia, varicelle, varioloïde, variole, vaccine, furoncle.

Maladie affectant simultanément plusieurs éléments de la peau. —Gale.

Quant au frambæsia, au molluscum, à la keloïde, ils sont trop peu connus pour qu'il me soit permis d'avoir une opinion sur leur siége élémentaire.

Maladies de l'appareil vasculaire.

Roséole. — Les plaques de la roséole sont dues à la congestion du réseau vasculaire de la peau. Cette congestion a-t-elle son siége exclusif dans un seul ordre de vaisseaux? C'est ce que je ne saurais dire. Toutefois il est présumable qu'elle réside principalement dans les vaisseaux artériels.

Rougeole. — C'est à l'exagération de cette congestion ou à une inflammation très-légère que sont dues les taches de la rougeole. Telle est la nature la plus probable et la plus généralement admise.

Scarlatine. — La scarlatine est une congestion plus ou moins forte ou une inflammation du réseau veineux cutané. La desquammation que l'on remarque à la fin de cette éruption peut s'expliquer de la manière suivante : dans l'état de santé, l'épiderme se renouvelle incessamment par sa face interne, tandis qu'il s'use par sa face externe, et sa continuité n'offre aucune interruption depuis la partie la plus profonde, qui est à l'état pulpeux, jusqu'à la couche supérieure, qui offre la consistance cornée. Mais pendant l'éruption scarlatineuse, la sécrétion de la matière épider-

mique est suspendue, et par conséquent il y a interruption dans la continuité de cette matière. L'épiderme sécrété avant l'éruption n'est pas uni à celui qui est formé lorsque la sécrétion recommence après la cessation de l'éruption, et ainsi le premier se sépare de l'autre, se dessèche et se détache de la surface du corps.

Erythème. — L'érythème est dû à une forte congestion du système vasculaire. A cette congestion se joint, dans certains cas, un léger engorgement du tissu cellulaire qui entre dans la composition de la peau, et quelquefois même de celui qui la double; c'est ce qui a lieu, par exemple, dans l'érythème noueux et dans l'érythème tuberculeux.

Erysipèle. — Ce n'est plus seulement une congestion qui constitue l'érysipèle, c'est une véritable inflammation du réseau capillaire. Des auteurs recommandables, Ribes entre autres, placent tous les érysipèles dans les veines : l'engorgement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, les abcès sous-cutanés, le pus trouvé dans les veines, sont des preuves en faveur de cette opinion. D'autres auteurs placent l'érysipèle dans les vaisseaux lymphatiques, et en effet, on a, dans quelques cas, trouvé du pus dans ces vaisseaux. D'autres pensent que les veines et les lymphatiques sont simultanément affectés. D'autres enfin admettent ces trois variétés de siége (1). Le développement des bulles sur les surfaces érysipélateuses doit sans doute s'expliquer par l'inflammation du réseau lymphatique.

Si l'on se rappelle que l'érythème consiste en une simple congestion, on comprendra comment plusieurs médecins regardent l'érythème et l'érysipèle comme deux degrés d'une même affection et comment l'érysipèle suit une marche régulière, tandis que l'érythème offre souvent de brusques interruptions.

Vésicatoire. — Le vésicatoire est l'analogue de l'érysipèle bulleux ; c'est une inflammation du réseau vasculaire, avec issue de sérosité à travers les parois des vaisseaux. Cette inflammation paraît envahir principalement le réseau lymphatique, comme semblent l'attester les engorgements ganglionnaires qu'elle détermine si fréquemment dans son voisinage. Si le vésicatoire n'est pas entretenu, la surface cutanée se recouvre peu à peu d'un nouvel épiderme, d'abord fort imparfait, parce que la sécrétion épidermique a éprouvé aussi un trouble considérable; mais bientôt ce trouble cesse, et la sécrétion redevient normale. Lorsque le vésicatoire est entretenu, ou lorsque, dès le début, l'irritation est fort intense, l'inflammation se communique sou-

(1) Ed. Lacroix, *Thèse sur les érysipèles*, concours pour l'agrégation. Paris, 1827.

vent de l'appareil vasculaire aux autres appareils, dont les produits, modifiés par la maladie, contribuent à former l'exsudation du vésicatoire. C'est quelquefois autour du vésicatoire que se traduit la maladie de ces appareils affectés secondairement : c'est ainsi que l'on voit assez souvent l'eczéma survenir dans ces circonstances. D'autres fois c'est une autre maladie de l'appareil vasculaire, un érythème ou un érysipèle, par exemple, que le vésicatoire détermine à son pourtour.

Pemphygus. — Le pemphygus est une inflammation ordinairement chronique de la couche vasculaire, superficielle de la peau, principalement du réseau lymphatique, inflammation en vertu de laquelle une notable quantité de sérosité sort à travers les porosités vasculaires et vient soulever l'épiderme. A cette inflammation légère paraît jointe une sorte d'atonie, qui d'ailleurs, ainsi que la longue durée de la maladie, s'accorde assez bien avec une affection du système lymphatique. De plus, l'appareil sécréteur de l'épiderme paraît participer consécutivement à la maladie, ainsi que semblent l'indiquer ces larges lamelles épidermiques qui recouvrent la surface cutanée après la dessiccation des bulles. C'est une modification analogue à celle que détermine le vésicatoire sur l'appareil épidermogène.

Nævus maternus. — Parmi les taches congéniales, quelques-unes sont des altérations du système vasculaire de la peau, les taches rouges, par exemple. Elles dépendent d'un développement anormal du réseau capillaire cutané superficiel, tantôt des veines, tantôt des artères. Une des preuves de leur nature vasculaire est le changement que l'on voit survenir dans leur coloration, suivant les différentes conditions dans lesquelles se trouvent placés les individus qui en sont porteurs. Ainsi elles sont plus rouges, lorsque la circulation est suractivée, lorsque la chaleur générale ou celle de la région qu'elles occupent est plus développée que dans les conditions opposées. Chez plusieurs personnes, elles sont plus rouges au printemps et dans l'été que dans les autres saisons.

Les petites taches brunes, vulgairement appelées *signes de la peau*, sont dues, suivant les auteurs, à une altération vasculaire. Il faut y ajouter souvent une sus-activité du système pileux donnant lieu au développement des poils que l'on remarque au niveau de quelques-unes de ces taches.

Tumeurs érectiles. — Les tumeurs érectiles ne sont qu'un développement exagéré des vaisseaux du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau.

Purpura. — Les taches du purpura sont dues à des ecchymoses situées à une profondeur variable dans l'épaisseur de la peau.

Souvent il en existe aussi dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ces épanchements sont-ils le résultat de la rupture des vaisseaux capillaires ou de la transsudation du sang à travers les parois vasculaires ? Peut-être ces deux causes peuvent-elles produire la maladie.

Résumé des maladies du système vasculaire. — Les maladies propres à l'appareil vasculaire cutané sont, on le voit, celles dont le symptôme principal est la rougeur. C'est le seul symptôme local qui se manifeste dans quelques-unes ; dans d'autres, il s'y joint, soit primitivement, soit consécutivement, des phénomènes indiquant la participation d'autres appareils cutanés à la maladie : ainsi le prurit, ainsi la desquammation. Dans presque toutes, la rougeur disparaît par la pression du doigt ; c'est là un signe que le sang, dont l'afflux donne lieu à cette coloration rouge, reste contenu dans les vaisseaux. Mais lorsque le sang est sorti des vaisseaux et épanché dans la trame cutanée, la pression ne fait pas disparaître la rougeur ; c'est ce qui a lieu dans le purpura.

De tous les appareils cutanés, l'appareil vasculaire est celui qui présente le plus grand nombre d'affections avec fièvre ; ce qui est facile à concevoir, car les autres appareils n'excitent pas des sympathies aussi vives. Par la même raison, les maladies du réseau vasculaire sont aussi accompagnées, plus souvent que celles des autres appareils, de réactions du côté des voies respiratoires et des voies digestives. On les voit, plus fréquemment que celles des autres ordres, suivre une marche régulière et avoir une courte durée. Leur résolution est plus souvent complète ; elles laissent moins souvent à leur suite des lésions persistantes, différence qui tient à la vitalité plus grande du tissu qu'elles affectent. Aussi la plupart sont moins sujettes à récidive. Le plus grand nombre est observé principalement dans l'enfance et dans la jeunesse, sans doute à cause de l'activité plus grande de la circulation à cette période de la vie. Les affections de l'appareil vasculaire semblent aussi généralement plus indépendantes des conditions de tempérament et de sexe que celles des autres appareils.

Résumons la nature de chacune de ces affections.

1° Congestion du cerveau vasculaire, probablement artériel. — *Roséole.*

2° Congestion plus forte ou légère inflammation des mêmes vaisseaux. — *Rougeole.*

3° Congestion plus ou moins forte ou inflammation du réseau veineux. — *Scarlatine.*

4° Congestion dans les vaisseaux, quelquefois avec un léger engorgement du tissu cellulaire de la peau ou même du tissu sous-jacent. — *Érythème.*

5° Inflammation aiguë du réseau capillaire occupant à la fois, soit les divers ordres de vaisseaux, soit seulement les veines ou les lymphatiques. — *Érysipèle.*

6° Inflammation aiguë de l'appareil vasculaire, principalement du réseau lymphatique. — *Vésicatoire.*

7° Inflammation chronique du réseau vasculaire superficiel, principalement du réseau lymphatique; consécutivement, légère inflammation chronique de l'appareil sécréteur de l'épiderme. — *Pemphygus.*

8° Développement anormal du réseau capillaire, artériel ou veineux, superficiel. — *Nævus maternus.*

9° Développement exagéré des vaisseaux plus profonds de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. — *Tumeur érectile.*

10° Épanchements de sang dans le tissu de la peau. — *Purpura.*

Maladies de l'appareil papillaire.

Urticaire. — Le prurit exclusif, qui accompagne l'urticaire et qui en est le principal symptôme, me porte à placer cette maladie dans les papilles cutanées. Elle consiste dans une irritation plus ou moins considérable, une congestion plus ou moins forte des papilles. Le plus léger degré est celui où il n'y a que du prurit, sans autre phénomène. Le second degré, celui dans lequel il y a prurit et rougeur, et ce dernier symptôme est dû à ce que l'irritation des papilles produit la congestion de l'appareil vasculaire autour d'elles. Dans un degré encore plus élevé, on observe, en outre du prurit, une saillie plus ou moins appréciable, dépendant de ce que l'irritation de la papille détermine l'afflux des liquides dans le tissu de la peau. Au niveau de cette saillie la peau est rouge, ou elle est blanche lorsque l'engorgement recouvre les vaisseaux qui sont le siége de la congestion, et souvent alors la rougeur due à cette congestion apparaît au pourtour des plaques. En attribuant cette nature et ce siége à l'urticaire, on ne s'étonnera pas de sa marche irrrégulière, de ses apparitions et disparitions brusques, de son existence plus fréquente chez les sujets dont la peau est fine et délicate.

Je termine en faisant remarquer combien mon opinion se rapproche de celle de M. Cazenave, qui place l'urticaire dans le réseau vasculaire concourant à former la papille.

Prurigo. — C'est encore le prurit intense qui accompagne le

prurigo qui me porte à placer cette maladie dans l'appareil papillaire. Ce prurit en est le symptôme principal, et dans quelques cas même, on le sait, de même que dans l'urticaire, il n'est accompagné d'aucune éruption appréciable. Dans la plupart des cas, cependant, la papille s'érige, et ses vaisseaux déchirés par l'ongle laissent écouler une goutte de sang qui se dessèche en pellicule rouge.

La production du prurigo par des animalcules n'infirme en rien l'opinion que je viens d'émettre sur le siége de cette maladie. En effet, la papille, l'élément le plus sensible de la peau, est très-propre à subir l'excitation déterminée par des animalcules. De même, chez un grand nombre de sujets, on voit la piqûre des puces provoquer l'éruption de plaques d'urticaire.

On pourrait s'étonner de ce que l'urticaire et le prurigo, dont l'aspect est assez différent, fussent placés dans le même ordre. Mais ces deux maladies sont liées par le prurit intense qui les accompagne. D'ailleurs, si leur siége élémentaire est le même, elles offrent du moins des différences anatomiques et physiologiques qui expliquent celles que l'on remarque dans leur physionomie symptomatique. Ainsi, le prurigo est une inflammation chronique, l'urticaire, une congestion aiguë. Dans le prurigo, la maladie est exclusivement bornée à la papille elle-même ; dans l'urticaire, le réseau vasculaire et le tissu environnant la papille participent à la congestion. Souvent aussi, une seule plaque d'urticaire est due à l'irritation de plusieurs papilles voisines, tandis que la papule du prurigo est constituée par une seule papille. J'ajoute que je ne suis pas le seul que cette analogie ait frappé, puisque M. Cazenave, pour lequel, ainsi que je l'ai dit, l'urticaire siége dans le réseau vasculaire environnant la papille, place aussi le prurigo dans cette dernière.

Hypéresthésie et anesthésie. — Il faut encore placer parmi les maladies du système nerveux cutané les exaltations de sensibilité de la peau, ainsi que les diminutions ou abolitions de même propriété.

Eléphantiasis des Grecs. — Je n'ai eu occasion d'observer que deux cas de cette maladie, et seulement au début, à une époque où ses symptômes n'étaient pas encore parfaitement tranchés ; il m'est donc difficile de concevoir une opinion propre sur le siége élémentaire qui lui appartient. Je préfère me ranger à celle de M. Cruveilhier, qui pense que l'éléphantiasis des Grecs est une maladie des papilles. En effet, l'abolition de la sensibilité locale en est le premier symptôme. Selon le même auteur, les tuber-

cules qui se développent ensuite sont dus à l'hypertrophie des papilles.

Résumé des maladies de l'appareil papillaire. — D'après ce que nous venons de voir, il en est des lésions de la sensibilité de la peau, par rapport aux affections des papilles, comme de la rougeur pour celles du réseau vasculaire ; il est facile de concevoir que les lésions de la sensibilité constituent le principal caractère des maladies des papilles, puisque l'appareil papillaire est l'appareil sensitif de la membrane. Le plus souvent, la sensibilité est augmentée ; dans d'autres cas, au contraire, elle est diminuée ou abolie. D'autres phénomènes, tels que la rougeur, viennent souvent se joindre aux lésions de la sensibilité, qui néanmoins restent les symptômes prédominants. On retrouve aussi les lésions de la sensibilité dans des maladies affectant primitivement des appareils cutanés autres que l'appareil papillaire ; car, ainsi que je l'ai déjà dit, il résulte de la juxta-position immédiate et des rapports physiologiques des différents éléments de la peau, que, très-fréquemment, les maladies de l'un de ces éléments se propagent aux autres ; et l'on ne saurait s'étonner que certaines affections de l'appareil vasculaire, par exemple, fussent accompagnées de symptômes dénotant que l'appareil papillaire participe plus ou moins à l'état morbide ; mais ordinairement alors, ceux-ci sont beaucoup moins apparents que ceux qui appartiennent à la maladie de l'appareil primitivement et principalement affecté, ils sont souvent secondaires, tandis que, dans les cas où l'affection siége principalement dans l'appareil capillaire, les symptômes, dépendant de la participation des autres appareils cutanés à l'état morbide, sont à leur tour secondaires ou moins appréciables que les lésions de la sensibilité.

Nous avons admis cinq maladies affectant principalement l'appareil papillaire.

1° Congestion des papilles et très-souvent du réseau vasculaire qui les entoure. Fréquemment aussi, afflux de liquide dans le tissu cutané environnant. — *Urticaire.*

2° Inflammation chronique de papilles isolées. — *Prurigo.*

3° Exaltation de la sensibilité de la peau. — *Hypéresthésie.*

4° Diminution ou abolition de la sensibilité de la peau. — *Anesthésie.*

5° Abolition de la sensibilité, et, selon M. Cruveilhier, hypertrophie des papilles. — *Eléphantiasis des Arabes.*

Maladies de l'appareil sécréteur et excréteur de la sueur.

Sueurs abondantes. — Les sueurs abondantes, générales ou

partielles, idiophathiques ou symptomatiques sont le produit d'une sur-activité des organes sudoripares.

Suette miliaire. — C'est par un mécanisme analogue qu'il faut expliquer les sueurs abondantes qui surviennent dans la suette miliaire, et qui sont ordinairement accompagnées de l'éruption de vésicules transparentes, formées par des gouttelettes de sueurs soulevant l'épiderme.

Sudamina. — L'explication des sudamina est la même. Sont-ce des gouttelettes de liquide échappées des vaisseaux sudorifères rompus, ou des dilatations de ces vaisseaux au-dessous de l'épiderme ou dans l'épaisseur de cette membrane ?

Fièvre miliaire. — C'est sans doute aussi à des soulèvements de l'épiderme par des gouttelettes de liquide provenant des organes sudoripares ou sudorifères qu'il faut attribuer l'éruption vésiculeuse de la fièvre miliaire. Dans cette maladie, le liquide qui remplit les vésicules n'est pas le plus souvent limpide et transparent, comme dans la suette et dans la fièvre typhoïde, mais d'un blanc mat et opalin. C'est que, dans la fièvre miliaire, il y a inflammation légère ou forte congestion des organes destinés à la sécrétion de la sueur et du réseau capillaire, et c'est pour cela que le produit de la sécrétion est altéré. Lorsque les vésicules sont transparentes, au contraire, il n'y a que simple augmentation de sécrétion, sans altération du produit sécrété.

Éruptions papulo-vésiculeuses accompagnant les sueurs abondantes. — On rencontre très-fréquemment chez les individus qui ont eu des sueurs copieuses, chez les enfants rachitiques, par exemple, une éruption de vésicules très-fines, ou de papules rouges, très-petites et acuminées, dont quelquefois le sommet est vésiculeux. Il est évident que cette altération siége dans les organes sudoripares ou sudorifères. Elle est très-probablement due à une violente congestion ou à une inflammation très-légère de ces organes.

Éruptions miliaires produites par des applications irritantes. — Ce que je viens de dire, relativement aux éruptions qui accompagnent les sueurs, peut s'appliquer aussi à plusieurs de celles qui se manifestent au point de contact des substances irritantes, et quelquefois des cataplasmes de farine de graine de lin.

Herpès. — C'est par voie d'exclusion, parce que je n'ai pas rencontré dans l'herpès les phénomènes propres à indiquer qu'il affecte un autre appareil cutané, plutôt que par l'existence de caractères positifs, que j'ai été amené à ranger cette maladie parmi celles de l'appareil sudoripare. Toutefois, une certaine analogie dans l'aspect et dans le mode de dessiccation, entre les

vésicules de l'herpès et les éruptions miliaires, semble indiquer un même siége pour les deux affections. Cette opinion, que j'hésitais à émettre, se trouvait d'ailleurs confirmée par l'assertion de M. Cazenave (1), qui indique même que l'herpès est tout à fait superficiel, siége à l'extrémité des conduits sudorifères, et que les vésicules qui caractérisent cette maladie sont de simples renflements de ces conduits. Je suis donc autorisé à regarder l'herpès comme une inflammation des organes sudoripares ou sudorifères. J'ajouterai que les douleurs vives qui accompagnent souvent l'éruption herpétique s'expliquent très-bien par les données anatomiques. En effet, les conduits hydrophores sont situés, selon MM. Breschet et Roussel, dans l'épaisseur même des lignes formées par les papilles, de sorte qu'il y a proximité immédiate entre ces deux genres d'organes ; suivant les mêmes auteurs, les vaisseaux inhalants ou lymphatiques sont aussi très-rapprochés des canaux hydrophores. Est-ce par cette proximité et la participation des lymphatiques à l'inflammation que l'on doit expliquer la rougeur claire qui entoure les vésicules de l'herpès?

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 20 MARS.

Propagation des vers qui habitent le corps de l'homme et des animaux. — M. Émile Blanchard lit sous ce titre un travail, d'où nous extrayons les faits qui suivent :

Les vers comptent parmi les animaux les mieux partagés sous le rapport de la fécondité. Néanmoins ces êtres ne paraissent pas devenir plus nombreux d'année en année. Les œufs ou les larves arrivent difficilement et peut-être presque accidentellement dans les conditions nécessaires pour leur développement. Les vers pondent d'immenses quantités d'œufs, parce que beaucoup d'entre eux doivent être perdus.

Un type bien connu, la douve du foie (*fasciola hepatica*), dont M. Blanchard s'est occupé depuis longtemps, lui a paru mériter une attention particulière, comme s'attaquant aux animaux qui servent journellement à la nourriture de l'homme. Le foie du bœuf, du mouton, est rendu malade fréquemment par la présence des douves. Très-ordinairement chez le mouton, le bœuf et même le veau, les canaux biliaires en sont remplis. Souvent aussi ces vers se logent dans le parenchyme du

(1) *Ann. des maladies de la peau*, t. II, 1843.

foie, et bientôt ils se trouvent entourés de matière purulente. L'organe hépatique ainsi attaqué, l'animal doit nécessairement en souffrir. Ensuite en mangeant le foie de ces animaux, on avale forcément des douves et de leurs œufs. Ces circonstances étaient suffisantes pour engager l'auteur à étudier particulièrement cette espèce.

La première question qu'il a examinée est celle-ci : La douve se développe-t-elle dans les canaux biliaires, où l'on rencontre toujours les individus adultes ? Aucune opinion n'a été formulée à cet égard. Les observations de M. Blanchard indiquent au moins de quel côté devront surtout être dirigées les recherches ultérieures.

Sur une très-grande quantité de foies de mouton examinés en toutes saisons pendant l'espace de plus de trois ans, l'auteur n'a jamais rencontré que des individus adultes ou très-près de cet état ; souvent à différentes époques, mais surtout au printemps, il a trouvé des œufs de douves par myriades dans les canaux biliaires. Malgré les recherches les plus assidues et les plus minutieuses, il ne lui est jamais arrivé d'y voir de jeunes individus, non plus que des animaux paraissant appartenir à d'autres types. Ceci suffirait pour convaincre que la douve ne se développe pas dans les conditions où vit l'animal adulte. Après cette première constatation, l'auteur a dû nécessairement rechercher comment les œufs seraient entraînés au dehors. En ouvrant le canal cholédoque chez les moutons, il en a observé parfois de répandus dans toute la longueur du canal. En les soumettant à l'examen microscopique, il les a trouvés constamment à un degré de développement plus avancé que ceux qui n'étaient point encore sortis des conduits biliaires. Poussant minutieusement les investigations dans l'intestin, M. Blanchard y a vu en diverses circonstances des œufs de douves, et toujours ceux recueillis le plus près de l'extrémité postérieure étaient à une période plus avancée de leur développement. Ils subissent donc une incubation bien notable après être sortis du foie, pour passer dans le canal chodéloque et dans toute la longueur de l'intestin. Il lui paraît ainsi hors de doute que les œufs de la douve sont entraînés avec les résidus de la digestion hors du canal intestinal. Plusieurs phases du développement de ces vers doivent par conséquent s'effectuer dans des conditions bien différentes de celles où vivent les adultes. Selon toute probabilité, parvenus à une certaine période, il reviennent dans le corps des ruminants, introduits avec la nourriture.

Examinant successivement d'autres espèces de trématodes, l'auteur a reconnu que la transmissibilité des germes n'est pas moins évidente ; seulement le développement a lieu dans les circonstances où vivent les adultes.

L'auteur n'ose pas affirmer d'une manière générale que ni l'homme,

ni les animaux ne naissent jamais avec des vers intestinaux ; cependant des recherches minutieuses faites dans plusieurs fœtus humains, et dans un grand nombre de fœtus et de nouveau-nés de divers animaux, ne lui ont jamais fait découvrir aucun helminthe.

Conservation des cadavres. — M. Chevreul fait, au nom d'une commission, un rapport sur une lettre de M. Gannal relative à son mode d'embaumement et en particulier à la question de savoir s'il existe de l'arsenic dans son liquide conservateur.

Les commissaires ont soumis à l'expérience 80 grammes environ de matière prise sur un avant-bras embaumé depuis 1834 par le procédé de M. Gannal. Les 80 grammes on été réduits en une matière noire par l'acide sulfurique avec les précautions convenables. Le charbon a été traité par l'acide azotique ; on a chauffé, puis traité par l'eau.

Le liquide a été ajouté à l'appareil que l'Académie a prescrit pour reconnaître la présence de l'arsenic par le procédé de Marsh. On a obtenu par ce moyen une trace de sulfure d'arsenic jaune.

Les commissaires ont conclu que si, comme on l'avait avancé, le liquide conservateur de M. Gannal eût dû son efficacité à un composé arsenical, sans aucun doute l'expérience en aurait donné bien davantage. Dès lors il faut attribuer l'origine de l'arsenic aux réactifs employés pour la préparation du liquide conservateur, c'est-à-dire à une cause à laquelle M. Gannal est tout à fait étranger. Évidemment, ajoute M. le rapporteur, cette trace de matière arsenicale n'a pu avoir aucune influence sur la conservation de la matière animale.

Les commissaires ont essayé : 1° du sulfure d'albumine ; 2° un liquide conservateur sortant de la fabrique ; 3° quatre échantillons de liquide contenus dans des flacons scellés. Ces liquides avaient été remis à M. Gannal comme exempts d'arsenic. En les soumettant au procédé décrit plus haut, deux de ces échantillons sur cinq ont donné des traces excessivement légères d'arsenic.

La commission termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° M. Gannal, pour conserver le cadavre auquel appartenait l'avant-bras que nous avons examiné, n'a certainement jamais associé un composé arsenical au liquide alumineux qu'il a employé.

2° La quantité d'arsenic, que nous avons reconnue dans divers échantillons de liquide conservateur préparé récemment, était beaucoup trop faible pour qu'on ait quelque raison de croire à leur efficacité, et sur les cinq échantillons examinés, trois n'en ont donné aucune trace sensible.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

SÉANCE DU 27 MARS.

Appareil pour la fracture de la clavicule. — M. Guillot soumet

de nouveau à l'examen de l'Académie le sujet qu'il a présenté le 6 septembre dernier et qui avait une fracture de la clavicule gauche maintenue au moyen d'un appareil de son invention. La consolidation s'étant opérée de telle sorte qu'il n'existe pas le moindre raccourcissement, M. Guillon présente pour le concours Montyon l'appareil dont il s'est servi dans cette circonstance.

SÉANCE DU 3 AVRIL.

Développement des vers intestinaux chez le fœtus.—M. Charles Berthélen, docteur en médecine, adresse une note relative aux opinions émises par M. Blanchard sur le développement des vers intestinaux, et particulièrement à celle, dans laquelle ce naturaliste met en doute l'existence des vers intestinaux dans le corps fœtal. Cette opinion serait, suivant M. Berthélen, en contradiction directe avec les faits nettement établis par l'expérience des meilleurs observateurs et notamment par celle de M. Graetzer qui, dans un ouvrage sur les maladies du fœtus, a fait connaître que la présence des vers intestinaux dans le fœtus humain est très-commune.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 21 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Principe actif du cannabis sativa. — M. Gastinel, pharmacien au Caire, communique à l'Académie le résultat de quelques recherches qu'il a faites sur le *cannabis sativa*, dans le but de réunir sous le moindre volume possible la plus grande quantité de matière active. Sa position au Caire, où l'on récolte la plante du hachisch, le mettant à même de faire des essais, il s'est procuré une masse de plantes à l'époque de leur maturité, et s'est livré dès lors à une foule de recherches dont le premier résultat a été un extrait alcoolique agissant très-bien à la dose de 5 à 6 grains. Mais son but n'étant pas atteint, il a continué ses recherches, et après bien des tentatives, il a pu isoler l'alcaloïde, espérant que ce nouveau corps renfermerait tout le principe actif. Mais par une anomalie digne de remarque, ce n'est point cet alcali végétal qui jouit des propriétés si connues du hachisch, mais bien un principe résineux que renferment les touffes de la plante à l'époque de la maturité, et qu'il a enfin isolé. Des essais faits sur lui-même lui ont démontré son action à la dose de 2 grains.

M. Gastinel adresse à l'Académie divers échantillons pour qu'elle en fasse faire l'essai.

Choléra de Constantinople. — M. Monneret lit la relation du choléra morbus à Constantinople, en 1847 et 1848. Les observations de M. Monneret ont été faites dans les hôpitaux de la marine et de l'armée de

terre ; elles l'ont conduit à constater les différences essentielles entre le choléra de Constantinople et celui de Paris en 1832. Le choléra affectait trois formes distinctes : une première, que l'auteur appelle *choléra de complication* ; une seconde, *cholérine*, et la troisième, qui diffère peu du choléra indien. Il résulte de la description que M. Monneret donne de ces diverses formes affectées par le choléra de Constantinople, que tous les symptômes qui servent à caractériser cette maladie se trouvaient réunis chez la plupart des malades ; toutefois chacun de ces symptômes, considéré isolément, n'était ni aussi intense ni aussi constant que dans le choléra de 1832.

Une autre différence non moins tranchée consiste dans la prédominance des symptômes abdominaux, et dans la transformation facile de la cyanose et de l'algidité en un état adynamique presque toujours mortel.

Peut-on attribuer à une influence épidémique proprement dite le choléra de Constantinople ? M. Monneret résout cette question par l'affirmative. Cependant il fait remarquer que plusieurs des caractères propres aux épidémies n'ont été que faiblement dessinés. Il a fallu, pour qu'elle se développât, l'intervention de quelques maladies viscérales qu'elle est venue compliquer. En dehors de la cause épidémique, il en existait d'autres que l'auteur range au nombre des causes prédisposantes ; ce sont, pour les principales, l'humidité habituelle dont Constantinople est entourée, l'état des rues mal pavées, boueuses et couvertes sans cesse d'immondices et de débris de toute nature, qui versent dans l'atmosphère un grand nombre d'exhalaisons nuisibles ; enfin l'état variable de l'atmosphère, causes auxquelles il faut joindre l'encombrement et la mauvaise nourriture.

En résumé, il résulte des observations de M. Monneret que l'épidémie seule ne suffirait pas, en général, tant son action spécifique était faible, pour déterminer le choléra, et qu'il fallait l'intervention d'une autre cause souvent appréciable.

Cette observation a une grande importance pour les peuples de l'Europe qui pourraient avoir à craindre l'apparition du choléra ; car elle tend à faire présumer qu'il serait possible d'en prévenir le développement ou d'en atténuer du moins la gravité, en éloignant les causes d'insalubrité.

ADDITION A LA SÉANCE DU 21 MARS.

Trace d'une opération d'entéroraphie après douze ans. — M. Jobert (de Lamballe) présente à l'Académie un intestin sur lequel il a pratiqué l'entéroraphie il y a douze ans, en présence de M. le docteur Beaumetz, le médecin de la malade, c'est-à-dire le 26 novembre 1836. M. Jobert fait la description de la pièce, et il ajoute que la suture a été

pratiquée pour une division de l'intestin dans l'étendue de 2 à 3 centimètres. Il pratiqua la suture par adossement des séreuses ; mais comme l'intestin était enflammé, et comme il craignait que la constriction exercée par les fils ne déterminât la section des tissus prématurément, comme cela est arrivé en d'autres circonstances, et comme cela se passe lorsqu'on fait la ligature d'une artère enflammée, au lieu de nouer les fils, il les roula, et cela suffit pour maintenir les surfaces en contact jusqu'à parfaite agglutination. Voici l'observation de cette malade, qui a succombé à l'âge de 74 ans à une bronchite.

La nommée Perrotel (Félicité), âgée de 74 ans, est entrée à l'hôpital le 15 janvier 1848 ; elle est couchée au n° 16 de la salle Saint-Augustin.

Cette femme est affectée d'une ascite ayant déterminé un développement considérable du ventre ; elle éprouve de la difficulté à respirer, de la dyspnée...

Le toucher, la percussion donnent tous les symptômes de l'épanchement ascitique. On recherche avec le plus grand soin s'il n'existe point dans l'abdomen une tumeur à laquelle on puisse rattacher l'existence de cet épanchement ; mais la couche épaisse de liquide et la tension des parties s'opposent à ce qu'on puisse rien sentir.

La ponction étant devenue urgente, elle est pratiquée le 19, trois jours après l'entrée de la malade. Six grands bassins d'hôpital sont remplis d'une sérosité citrine.

Le ventre étant affaissé, la palpation fait découvrir dans la fosse iliaque droite une tumeur dure, solide, inégale, indolore, que l'on suppose devoir être une dégénérescence de l'ovaire droit.

Après la ponction, le ventre de la malade est serré dans un bandage de corps et soumis tous les jours à des frictions d'une préparation, dans laquelle il est entré une assez forte dose de teinture de scille.

La malade n'a rien présenté de nouveau jusqu'au 27 janvier, si ce n'est que l'affaiblissement a été en augmentant après la ponction ; enfin survint une bronchite, et la malade mourut dans une asphyxie lente, comme meurent tous les vieillards forcés de subir un long séjour au lit.

Cette malade, douze ans auparavant, avait été opérée par M. Jobert d'une hernie crurale étranglée, l'intestin incisé ; la suture intestinale fut pratiquée le 26 novembre 1836, en présence du docteur Beaumetz, par adossement des séreuses. L'opérée avait été guérie après un laps de temps assez court.

Cette femme étant revenue mourir à l'hôpital, il était curieux de rechercher les traces de la suture qu'elle avait subie quinze ans auparavant.

L'autopsie fut pratiquée le dimanche 6 février 1848, et nous montra

à la fois et la trace de l'opération de hernie, ainsi que la suture, et la cause de l'ascite qui avait terminé la vie de cette femme.

L'intestin, ayant été examiné deux fois en place, fut tiré de l'abdomen, détaché de son mésentère et porté sur une table, où, examiné avec le plus grand soin, il nous laissa voir à peu près à la moitié de sa longueur une ligne blanchâtre, s'étendant obliquement du bord convexe au bord concave, aboutissant à une espèce d'étoile de même couleur. Cette ligne et cette étoile se détachaient parfaitement sur le fond rouge de l'intestin, et présentaient manifestement l'aspect d'un tissu inodulaire cicatriciel.

L'intestin fut incisé à cette place d'abord ; il n'était ni aminci ni épaissi, et après un lavage à l'eau tiède, fréquemment répété, on aperçut la même ligne blanchâtre correspondant à celle de la face externe. A ce niveau, deux valvules conniventes étaient coupées et brusquement interrompues. Il était évident que c'était là la cicatrice de la suture intestinale, pratiquée à cette femme il y a douze ans. Le morceau d'intestin, examiné de toutes les manières, vu par transparence, soumis à de fréquents lavages, présenta toujours la même ligne blanchâtre avec son étoile et les deux valvules conniventes interrompues. Le reste du tube intestinal, ouvert avec le plus grand soin, ne laissa rien apercevoir.

Le canal crural gauche sur lequel l'opération de la hernie avait été pratiquée n'était point oblitéré. Il présentait une ouverture triangulaire, plissée, pouvant facilement admettre le doigt. Ce doigt introduit arrivait dans le sac herniaire et sentait parfaitement la pression exercée par le tranchant du ligament de Gimbernat, lequel n'avait rien perdu de sa fermeté. Le sac était adhérent par son collet, et reposait par son fond sur la veine saphène ; l'artère épigastrique et le ligament rond étaient en dehors de ce cas ; ce dernier s'engageait dans l'orifice postérieur du canal inguinal. La peau qui recouvrait les parties présentait une cicatrice blanchâtre, ainsi que le sac. Il n'y avait aucune adhérence dans la cavité abdominale, soit des intestins entre eux, soit de ceux-ci avec l'épiploon.

Telles étaient les seules traces de la double opération jadis pratiquée sur cette femme. La suite de l'autopsie nous fit découvrir des lésions d'une autre nature, se rapportant à l'ascite dont nous avons parlé précédemment.

Une tumeur volumineuse remplissait à la fois l'excavation du bassin et la fosse iliaque droite et le flanc droit, s'étendant vers la ligne médiane et s'élevant dans le ventre au niveau de l'ombilic.

Cette tumeur était manifestement pleine de liquide et ressemblait assez bien à une grosse vessie de porc remplie d'eau. Elle était piri-

forme, présentait à sa surface d'autres petites tumeurs surajoutées, de densité et de consistance différentes; enfin, son extrémité la moins volumineuse reposait sur une seconde tumeur dure, inégale, bosselée, d'un tissu blanchâtre très-ferme, laquelle plongeait dans le petit bassin et reposait sur le rectum.

La masse entière fut enlevée, les pubis furent sciés, et l'on attira au dehors les organes génitaux urinaires de la femme, le rectum et la tumeur qui adhérait à toutes les parties.

Après une assez longue dissection, voici ce que l'on put reconnaître.

La tumeur affectait les rapports suivants avec des organes environnants.

Tout à fait en avant était la vessie. Le péritoine passait presque directement de son sommet sur l'utérus sans s'interposer entre les deux organes, puis sur la tumeur qui semblait l'avoir accaparé tout entier pour s'en revêtir.

Derrière la vessie se trouvait l'utérus. Cet organe était petit, atrophié; son col était fort allongé, il présentait une déviation remarquable de gauche à droite. Sa face postérieure était appliquée sur la partie solide de la tumeur, et n'était libre que par son bord gauche, d'où l'on voyait naître la trompe et l'ovaire gauches flottant dans le ventre comme à l'état normal. Quant au bord droit, il était uni à la tumeur très-fortement. On cherchait en vain l'ovaire droit, mais on voyait parfaitement le ligament large de ce côté s'épanouir sur la tumeur et l'embrasser en tous sens.

L'ovaire gauche dont nous avons parlé, et qui flottait dans le ventre, était un peu hypertrophié et présentait à son intérieur plusieurs petits kystes de la grosseur d'un pois.

Enfin, derrière la tumeur venait le rectum, sur lequel elle reposait, et auquel elle était unie par une multitude de prolongements fibreux.

D'après ces données, il devient évident que la tumeur molle n'était autre chose qu'une série de kystes ovariques, et que la tumeur dure était manifestement un squirrhe du reste de l'ovaire.

L'ouverture de la tumeur confirma cette manière de voir. Il s'en écoula une grande quantité de liquide citrin, qui, soumis à la chaleur, se coagula immédiatement. La poche n'était point cloisonnée, mais ses parois contenaient dans leur épaisseur, et comme dans un dédoublement de leur membrane, plusieurs autres petits kystes contenant un liquide de même nature.

La tumeur a été mesurée. Elle a présenté les diamètres suivants :

Diamètre vertical.	23 cent.
Diamètre transversal.	16
Diamètre oblique.	26
Circonférence dans le point le plus volumineux. . .	41
Circonférence de la tumeur dure.	27

La discussion a établi en outre :

Que l'urèthre droit était comprimé par la tumeur, mais qu'il n'était point hypertrophié ;

Que les vaisseaux hypogastriques et fémoraux, que la veine cave inférieure devaient l'être également. Pourtant il n'y avait point d'œdème du membre inférieur, et les veines n'étaient point altérées. Enfin, pour ne rien omettre, les poumons étaient fortement engoués, les bronches étaient remplies d'un mucus épais, le péricarde contenait quelques cuillerées de sérosité.

SÉANCE DU 28 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

De la ponction des abcès par congestion. — M. Roux présente au nom de M. Dubourg, médecin de l'hôpital de Marmande, un mémoire sur l'état de la science et de l'art relativement aux abcès symptomatiques de la région inguinale. L'auteur émet les propositions suivantes : 1° les ponctions successives doivent être restreintes à un plus petit nombre de cas qu'on ne le fait généralement ; 2° l'incision large doit être préférée toutes les fois qu'il s'agit d'une inflammation du psoas ou des divers tissus des cavités pelviennes ou abdominales ; 3° ce dernier procédé est encore à préférer lorsqu'on ne peut avoir de certitude sur l'existence de la carie et même lorsque cette certitude existe chez les sujets exempts de difformités dans le système osseux et non encore épuisés par la longueur de la maladie.

— L'ordre du jour appelle la nomination de trois commissions pour les prix : de l'Académie, Portal et Civrieux.

Pour le prix de l'Académie, M. Espiaud a obtenu 46 suffrages, MM. Louis, Guéneau de Mussy, Honoré et Bricheteau, chacun 45. En conséquence, ces cinq messieurs font partie de la commission du prix de l'Académie.

Prix Portal : M. Cruveilhier obtient 44 suffrages ; M. Cornac, 43 ; M. Bégin, 42 ; M. Chomel, 41 ; M. Barthélemy, 39 ; MM. Gérardin, Husson et Bourdon, chacun 3.

En conséquence, la commission se compose de MM. Cruveilhier, Cornac, Bégin, Chomel et Barthélemy.

Prix Civrieux : MM. Baillarger, Falret et Rochoux obtiennent chacun 44 suffrages ; M. Jolly, 42 ; M. Ferrus, 41.

La commission pour le prix Civrieux se compose en conséquence de MM. Baillarger, Falret, Rochoux, Jolly et Ferrus.

Emploi de l'oxygène contre le croup. — M. Bricheteau lit, en son nom et au nom de M. Renauldin, un rapport sur un mémoire de M. Bousquet, médecin à Saint-Chinian (Hérault), relatif à l'emploi de l'oxygène contre le croup. M. Bousquet propose de faire respirer du gaz oxygène pour combattre l'asphyxie qui menace la vie des malades atteints de croup, et chez lesquels les conduits aériens ont subi une grande diminution dans leur calibre ; en sorte qu'ils n'admettent qu'une quantité trop faible d'air respirable ou oxygéné.

Le procédé curatif de M. Bousquet, dit M. le rapporteur, est le fruit d'une simple induction ; nous ignorons jusqu'à quel point il est regrettable que l'auteur n'ait pas trouvé l'occasion de faire l'application du moyen qu'il propose. Nous avons la crainte qu'en excitant les bronches et les poumons par la présence de l'oxygène, on n'augmente l'inflammation, et nous croyons en outre qu'il doit être très-difficile de faire aspirer un gaz quelconque à des enfants qui sont en proie aux angoisses d'une suffocation imminente.

M. le rapporteur propose de remercier M. Bousquet de sa communication, et de déposer son mémoire dans les archives. (Ces conclusions sont adoptées.)

Traitement de diverses affections périodiques et rémittentes par le sulfate de quinine. — M. Bricheteau lit un second rapport sur un travail intitulé : *Observations d'épilepsie, d'hystérie, de névralgies, d'hémiplégie périodiques et d'affections typhoïdes rémittentes* ; par M. Mazade, médecin à Anduse (Var).

La première observation de M. Mazade a pour objet une affection épileptiforme qui revenait d'abord tous les huit jours, puis tous les cinq jours. M. Mazade, après avoir inutilement employé les antiphlogistiques, les antispasmodiques, eut recours au sulfate de quinine, donné à la dose de 50 centigrammes, puis à celle de 25. Les accès épileptiformes disparurent au bout de quelque temps ; mais ils se montrèrent de nouveau vingt-quatre jours après à la suite d'une indigestion, et reparurent de cinq en cinq jours, comme précédemment. L'auteur leur oppose de nouveau le sulfate de quinine à la dose d'un gramme par jour et parvient à les faire cesser au bout d'un temps assez long. La maladie reparut de nouveau quatre mois après cette seconde guérison, et fut combattue par le même médicament donné à des doses plus élevées encore, et qui néanmoins ne triomphèrent du mal qu'après un long traitement. La guérison définitive ne s'est pas démentie depuis quatre ans.

Dans la deuxième observation, il s'agit de douleurs névralgiques de la région iliaque gauche, qui s'accompagnèrent ensuite d'accès hystériques quotidiens, qui furent combattus avec succès par le même médicament, récidivèrent ensuite pour cesser de nouveau définitivement par la

méthode de traitement. Cette fois le sulfate de quinine fut porté à la dose de 1 gramme et demi.

La troisième observation a seulement pour objet des douleurs névralgiques également quotidiennes, qui disparurent par l'emploi du même agent thérapeutique continué pendant trois jours.

Des douleurs lombaires et une névralgie sciatique intermittente disparaissent également au bout de quatre jours d'un traitement, qui se composait de 1 gramme et demi de sulfate de quinine chaque jour, à dater du moment de l'invasion de la maladie.

Dans une cinquième observation, il s'agit d'une sorte d'hémiplégie qui se reproduisait tous les jours, c'est-à-dire d'une congestion céphalique momentanée avec engourdissement et affaiblissement notable des membres du côté droit. Cette singulière affection périodique, d'abord combattue par les saignées, ne céda qu'au sulfate de quinine, administré pendant trois jours à la dose de 1 gramme et demi.

Enfin une seconde série d'observations contient des histoires d'affections typhoïdes, ayant présenté vers la fin de leur cours une marche rémittente, et qui ont été combattues avec succès par le sulfate de quinine.

Ces observations, dit en terminant M. le rapporteur, décèlent, chez l'auteur, un praticien plein de sagacité et un observateur attentif. Il conclut en proposant à l'Académie de remercier M. Mazade de sa communication, et de faire inscrire son nom parmi ceux qui postulent le titre de correspondant. (Conclusions adoptées.)

Anévrysme de l'aorte.— M. Bricheteau lit, au nom de M. Bouillaud et au sien, un troisième rapport sur un travail de M. Gigou, chirurgien des prisons d'Angoulême, intitulé : *Cas d'anévrysme de l'aorte descendante devenu énorme.* Cette observation est relative à un terrassier âgé de 45 ans, qui portait depuis deux mois à la partie supérieure du tronc, au niveau du bord de l'épaule et de la fosse sus-épineuse du côté gauche, une tumeur pulsative, hémisphérique, de la grosseur du poing. La moindre pression qu'on y exerçait causait une oppression marquée ; on y distinguait à l'oreille un bruit tout à fait semblable au double claquement du cœur. Le pouls, parfaitement normal, ne présentait aucune irrégularité ni déviation de son rhythme ordinaire, le malade paraissant d'ailleurs assez bien portant. Dans les derniers jours, la tumeur avait pris un développement énorme. L'oreille y découvrait un bruit de souffle rapeux, unique et prolongé. Le malade succomba après des hémoptisies répétées. A l'autopsie, on trouva la tumeur affaissée et ramollie, le poumon gauche très-comprimé, enveloppé de toutes parts par une couche de sang caillé et noir du poids de 1,125 grammes. La tumeur anévrysmale adhérait très-solidement à la partie inférieure du lobe supérieur

du poumon. On apercevait dans ce point une fente de quelques millimètres qui établissait une communication entre le sac et la cavité pleurale. L'aorte descendante présentait, à 1 pouce au-dessous de la crosse aortique, une ouverture large comme une pièce de 2 francs, communiquant avec le sac qui était bilobé, et dont un des lobes, situé dans la poitrine, avait la grosseur du poing, et l'autre, situé à l'extérieur, le volume d'une tête d'adulte. Le corps des vertèbres et leurs cartilages étaient en partie détruits.

Inoculation de la petite vérole.—M. Bousquet lit un travail intitulé : *De l'inoculation ou de la petite vérole artificielle.* Après avoir établi les caractères distinctifs de la petite vérole naturelle et de la petite vérole artificielle, l'auteur termine par cette proposition : que si jamais on se trouvait aux prises avec la petite vérole et sans vaccin pour s'en rendre maître, il faudrait sans balancer revenir à l'inoculation. (Nous publierons textuellement ce travail.)

ADDITION A LA SÉANCE DU 4 AVRIL.

Trépan par traction ou évulsif. — M. Delachaise (de Cherbourg) adresse une notice sur le trépan. Suivant l'auteur, les dangers et difficultés attachés au trépan employé jusqu'à ces derniers temps ont seuls motivé la rareté, pour ne pas dire le rejet presque absolu de son application. Dans le but d'obvier à ces dangers et à ces difficultés, il a imaginé un modèle de trépan, dit par *traction* ou *évulsif*, qu'il soumet à l'examen de l'Académie. (Commiss. MM. Roux et Velpeau.)

Conservation et vente des sangsues. — M. Soubeiran fait un rapport sur la lettre adressée le 28 mars dernier par M. Rémondet, chirurgien de la marine.

M. le rapporteur propose d'exposer au ministre de la marine l'importance pour la France, et pour la colonie du Sénégal en particulier, de l'entreprise que M. Rémondet se propose de mettre à exécution ; d'appeler toute la sollicitude du ministre sur cette entreprise ; de lui demander que M. Rémondet soit le moins possible distrait de ses observations et que l'administration de la colonie le favorise par tous les moyens qui sont en son pouvoir.

Enfin l'Académie devra engager M. Rémondet à lui communiquer directement tous les renseignements qu'il aura pu obtenir, toutes les observations qu'il aura pu faire, à lui expédier vivantes les espèces de sangsues qu'il trouvera au Sénégal.

Voici, en ce qui concerne la partie scientifique, quelles sont les instructions que M. Soubeiran propose d'adresser à M. Rémondet.

Il devra être engagé à porter son attention :

1° Sur l'histoire naturelle des sangsues qui habitent le Sénégal, pour

en distinguer les diverses espèces au point de vue de l'histoire naturelle et pour déterminer la valeur relative de chacune dans leur application à la médecine;

2° Sur les instincts, sur les mœurs des sangsues, qui, s'ils étaient bien connus, fourniraient des documents précieux pour favoriser leur multiplication.

3° Sur l'accouplement des sangsues pour résoudre la question encore controversée des sexes. Dans leur jeunesse les sangsues ne sont-elles véritablement aptes qu'à remplir les fonctions de mâle? Est-ce à un âge plus avancé seulement qu'elles sont hermaphrodites ?

4° Sur le temps qui est nécessaire pour qu'une sangsue atteigne la taille où elle est propre à l'usage médicinal ;

5° Sur la nourriture habituelle des sangsues à différents âges ;

6° Enfin M. Rémondet devra étudier avec soin les circonstances les plus favorables au développement et à la multiplication des sangsues.

Procédé opératoire pour l'ablation d'un polype fibreux utérin. — M. Gimelle fait, en son nom et au nom de MM. Amussat et Jobert (de Lamballe), un rapport sur un manuscrit envoyé à l'Académie par M. le docteur Hamel (de Lannion), intitulé : *Procédé opératoire pour l'ablation d'un polype fibreux utérin.*

L'auteur, après avoir fait l'historique du développement des corps fibreux de la matrice, discute les avantages et les inconvénients des deux méthodes curatives presque exclusivement employées dans le traitement des polypes utérins, l'excision et la ligature. Il termine son mémoire par l'observation d'une fille âgée de 50 ans, encore réglée, qui, atteinte d'un polype fibreux depuis plusieurs années, avait vu sa santé se détériorer peu à peu par suite d'hémorrhagies fréquentes qu'elle attribuait à l'influence de l'âge. Mais les douleurs lombaires, de la faiblesse dans les membres abdominaux et la perte d'appétit produisirent une détérioration telle de la constitution, que la malade se soumit à l'exploration des organes génitaux, où l'on reconnut l'existence d'un polype fibreux très-volumineux, pédiculé, sans qu'il fût possible de déterminer son point d'insertion à cause de l'étroitesse de la vulve, quoique M. Hamel eût incisé la membrane hymen devenue très-résistante. Le volume de la tumeur qui, selon l'auteur, était trop considérable pour être attirée hors du vagin sans déchirer la vulve, empêcha de pratiquer l'excision et l'obligea d'avoir recours à la ligature. Un fil ciré fut porté au moyen de deux tiges mobiles et creuses sur le point le plus élevé qu'il fut possible d'atteindre. Le pédicule du polype fut contourné et fortement étranglé au moyen du serre-nœud porté jusqu'au col de la matrice. Le lendemain, lorsqu'on voulut serrer de nouveau le lien constricteur, il se cassa, et ce ne fut qu'avec peine qu'on obtint l'assentiment de la malade pour

en replacer un autre vingt-quatre heures après. Au bout de deux jours, le pédicule était complétement coupé et la masse polypeuse ramollie fut retirée du vagin au moyen des pinces de Museux. La malade éprouva de vives douleurs pendant que cette tumeur franchissait la vulve distendue, au point qu'il fut nécessaire de soutenir le périnée pendant cette opération afin d'en prévenir la déchirure.

Après cette opération, la malade éprouva une violente douleur dans la jambe droite, qui persista pendant cinq semaines, malgré le repos, l'application des émollients et des narcotiques employés avec persévérance dès le commencement de cet accident.

Le travail de M. Hamel, dit M. le rapporteur, ne renferme point d'idées nouvelles ; mais d'après la manière dont il a traité le sujet, on reconnaît en lui un médecin instruit, au courant de la science, et qui a étudié avec soin les divers points relatifs à l'origine et au mode de développement des corps fibreux de l'utérus. Il a étudié avec le même soin les divers moyens chirurgicaux, et il a fait une application intelligente et heureuse des connaissances qu'il a acquises.

Les commissaires proposent, en conséquence, de remercier M. Hamel de sa communication, de déposer honorablement son mémoire dans les archives de l'Académie, et d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de correspondants.

M. Rochoux : M. Gimelle a dit que les polypes fibreux avaient presque toujours leur siége dans l'épaisseur des parois utérines. Ce n'est pas *presque* toujours, mais *toujours* qu'il faut dire. C'est ce qu'a très-bien démontré M. Hervez (de Chégoin) dans son beau travail sur les polypes.

M. Gimelle : On trouve dans le *Nouveau dictionnaire de médecine* deux exemples de tumeurs fibreuses implantées sur la face péritonéale de l'utérus.

M. Roux : On confond à tort les polypes avec les corps fibreux. Parmi les polypes, il en est qui appartiennent à la membrane muqueuse ; mais il faut les distinguer des tumeurs fibreuses proprement dites, qui prennent leur origine dans l'épaisseur des parois utérines, et même quelquefois immédiatement au-dessous du péritoine.

Après ces courtes explications, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Emploi du mélite américain dans le traitement de la blennorhagie.—M. Gimelle, lit, en son nom et au nom de MM. Gérardin et Mérat, un second rapport sur un travail intitulé : *Notice sur les plantes qui entrent dans la composition du mélitte américain ; de leur emploi dans le traitement curatif de la blennorrhagie* ; par M. Tournemine, médecin à Paris.

Ce travail ne présente rien de nouveau, les végétaux qu'il offre comme

utiles dans la gonorrhée ayant été indiqués dans plusieurs ouvrages de matière médicale.

Les commissaires pensent d'ailleurs que la médecine possède des moyens plus assurés contre la maladie en question ; ils proposent en conséquence de déposer le mémoire dans les archives, et de remercier l'auteur de son envoi.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

REVUE ANALYTIQUE

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

34. *Du Diapason, comme moyen de diagnostic des maladies auriculaires.*

(Erfahr, über die Krankheiten dergahores et Leips.)

Une remarque faite depuis longtemps par le physiologiste Weber, savoir : que si l'on ferme une oreille avec le doigt, et si l'on vient à placer un diapason en vibration sur le crâne, l'oreille fermée perçoit mieux les sons que l'autre oreille, a inspiré à M. Schmals l'idée de donner une plus grande extension à l'emploi du diapason dans le diagnostic des maladies de l'oreille. Voici les résultats auxquels l'ont conduit ses observations à ce sujet :

Le conduit auditif d'une oreille est-il oblitéré par une accumulation du cérumen ou par quelque autre corps étranger, on entend mieux avec cette oreille les sons de diapason qu'avec l'autre, pourvu que le nerf auditif soit intact. Néanmoins, en fermant, pendant l'expérience, l'oreille saine avec le doigt, la perception devient la même des deux côtés. La même chose arrive lors d'une oblitération de la trompe d'Eustachi et de la caisse du tympan de l'une des oreilles par du sang, du mucus, et que, dans ce cas, le conduit auditif soit oblitéré ou non. — De certains faits dans lesquels le son du diapason fut mieux entendu par l'oreille malade que par l'oreille saine, et dans lesquels on obtint une parfaite guérison au moyen de résolutifs, bien que l'on n'ait pu découvrir aucune oblitération du conduit auditif, ni de la trompe d'Eustachi, ni de la caisse du tympan, M. Schmals conclut que certaines parties du labyrinthe peuvent aussi être oblitérées. — Le nerf auditif d'une oreille est-il malade, on

entend moins bien le son du diapason avec cette oreille qu'avec l'oreille saine ; et dans ce cas, la perception ne se trouve en rien modifiée par l'oblitération de l'une ou de l'autre oreille.

De ces observations, l'auteur déduit les règles pratiques suivantes :

1° Le diapason peut être employé comme moyen de diagnostic, lorsque l'une des oreilles est malade ou plus fortement atteinte que l'autre;

2° Le malade entend-il le son du diapason plus clairement avec l'oreille malade ou plus gravement malade qu'avec l'autre? il est permis de conclure qu'une oblitération du conduit auditif de la trompe d'Eustachi, du labyrinthe ou de plusieurs de ces parties à la fois est la cause de cette différence dans la perception des sons. Bien que d'ordinaire il soit possible de reconnaître une oblitération du conduit auditif au moyen du *speculum auris*, il est cependant des cas où cela n'est guère possible, et alors le diapason devient un précieux moyen de diagnostic.

S'il n'existe pas d'oblitération du conduit auditif, ou bien si le patient, après que l'oblitération a été détruite, n'entend guère mieux, et que la perception des sons du diapason soit la même pour les deux oreilles, on pourra conclure qu'il existe une oblitération ou une accumulation de matières du côté interne de la membrane du tympan, dans la trompe d'Eustachi, dans la caisse du tympan ou dans le labyrinthe.

Enfin, le patient entend-il moins bien avec l'oreille malade ou plus gravement malade les vibrations du diapason? l'autre oreille pouvant être ou non fermée avec le doigt, on pourra en conclure avec certitude que le nerf auditif est affecté.

---

35. *De la thérapeutique du mal de mer, et du mal de mer comme moyen thérapeutique* ; par le docteur Fischer.

(Boston med. and Surg. Journ.)

La cause et le mode de développement du mal de mer ont été expliqués si diversement, qu'on ne lira pas sans intérêt les trois propositions suivantes, qui reproduisent les conclusions du travail du docteur Fischer sur ce sujet.

1° Les nausées et les vomissements qui sont excités par la mer, sur les voitures et sur les balançoires, dépendent d'une seule et unique cause, et sont toujours le résultat de l'influence qu'exercent sur la circulation du sang les mouvements éprouvés par le corps dans ces diverses conditions ;

2° Cette influence a spécialement pour effet de diminuer dans

l'aorte et les autres artères la force ascendante du sang, et de déterminer une hyposthénie du cerveau par anémie;

3° L'insuffisance de l'excitation cérébrale détermine, par sympathie, des contractions spasmodiques du diaphragme et des vomissements qui, eux-mêmes, ont évidemment pour but de reporter le sang aux centres nerveux qui en sont privés. Ces spasmes sont donc une crise dirigée dans un but réparateur. Aussi ne les observe-t-on pas seulement dans le mal de mer, mais encore dans beaucoup d'autres conditions, lorsque le cerveau est tout à coup privé d'une partie notable du sang qu'il reçoit à l'état normal.

Traitement. — Deux indications se présentent dans le cas de mal de mer : la première est de s'éloigner, autant que possible, de la cause première, c'est-à-dire du mouvement du navire, en se tenant couché dans un hamac dont le point de suspension ne présente aucun frottement ; la seconde a pour but de combattre les effets que produit la cause sur l'organisme, ce que l'on fait en stimulant, par des moyens convenables, l'appareil de la circulation. Il sera donc utile de suivre un régime tonique et de se livrer à de fréquents exercices de corps quelques jours avant l'embarquement. En mer, lorsque le temps le permet, on doit rester sur le pont, exposé aux brises, y faisant de profondes respirations, et s'y livrant à la marche ou à d'autres exercices jusqu'à ce que la transpiration ou la fatigue les fassent discontinuer. Il serait encore mieux de prendre part aux rudes travaux de l'équipage pour la manœuvre du navire. Les exercices les plus fatigants, ceux qui appellent le plus le développement des forces musculaires, sont le meilleur prophylactique du mal de mer. L'application de la ceinture qui refoule le sang vers la tête et favorise peut-être l'action du cœur peut aussi être utile dans certains cas. On se trouve bien de prendre, avant que les nausées commencent à se faire sentir, quelques boissons excitantes. Ainsi, le thé ou le café, avec addition d'un peu d'eau-de-vie, permettent de résister plus longtemps à l'attaque du mal par l'accélération de la circulation et la diaphorèse de la peau qu'ils déterminent. On peut en dire autant des autres moyens thérapeutiques qui produisent des effets analogues sur l'économie, tels que l'opium, le safran, l'acétate d'ammoniaque, etc. Lorsque les vomissements ont commencé, on ne peut plus avoir recours qu'aux palliatifs. Quelques personnes sont soulagées par la limonade ou des aromatiques excitants; d'autres se trouvent bien de se coucher horizontalement et la tête plutôt basse, sur un hamac ou un lit suspendu. Mais celui qui tient à abréger la

durée de cette fâcheuse influence de la mer et à diminuer le tribut qu'il doit payer à cet acclimatement, doit lutter avec toute son énergie contre la disposition si prononcée à l'inaction.

Emploi du mal de mer en thérapeutique. — Lorsqu'on considère l'action puissante qu'exerce le mal de mer sur l'économie, sans cependant produire, dans l'immense majorité des cas, aucun accident fâcheux, il est difficile de ne pas regretter que, jusqu'ici, on l'ait rarement employé comme moyen thérapeutique. Cette observation, cependant, n'avait pas échappé aux anciens. Pline dit que le vomissement, lorsqu'il est causé par la mer, devient un remède salutaire dans beaucoup de maladies de la tête, des yeux, de la poitrine, et dans toutes celles contre lesquelles on administre l'ellébore avec succès. De nos jours, on en a vanté (Esquirol) l'emploi dans le traitement de la manie récente. Mais, dans le petit nombre d'essais qui ont été faits, on a observé, ce qu'il aurait été au reste facile de prévoir d'après l'explication que nous venons de donner du mal de mer, que les maniaques, dans leur état d'excitation violente, n'ont éprouvé aucun des symptômes du mal de mer, tandis que les médecins qui les accompagnaient n'ont, trop souvent, cessé d'en souffrir pendant toute la durée de l'expérience. Cependant, comme après tout il ne serait pas impossible d'obtenir, au moyen d'un appareil mécanique, des effets tout à fait semblables au mal de mer, sans être obligé d'avoir recours à un voyage sur mer, le docteur Fischer pense que l'on pourrait employer avec beaucoup d'avantages l'influence si puissamment sédative et réellement hyposthénisante de ce moyen dans le traitement non-seulement des maladies aiguës du cerveau, mais encore dans la pneumonie, la pleurésie, et dans la plupart des maladies inflammatoires.

---

36. *Observation de cysticerques du cerveau;* par le docteur Drewry-Ottley.

(London med.-chir. Transactions.)

Une dame de 40 ans, sujette à de fréquentes bronchites, éprouva, au commencement de l'année 1838, des étourdissements fréquents et des douleurs sourdes dans la tête. Vers le mois de juillet de la même année, elle fut prise d'un engourdissement avec demi-paralysie du membre supérieur droit, de troubles dans l'intelligence et de difficulté pour articuler les mots. Quelques ventouses scarifiées enlevèrent les phénomènes cérébraux pour un certain temps; mais ils ne tardèrent pas à reparaître. Bientôt les étourdissements furent continuels et les troubles de l'intelligence et de la mémoire plus prononcés que jamais.

Dans le cours de l'année 1839, elle devint sujette à des accès convulsifs, pendant lesquels elle perdait entièrement connaissance. Ces accès différaient des accès épileptiques, parce qu'ils survenaient et se terminaient d'une manière moins rapide. En outre, la malade avait beaucoup de peine à s'en rétablir; elle restait souvent pendant deux ou trois jours dans un état de stupeur, comprenant à peine les questions qu'on lui adressait et incapable d'y répondre, se servant des mots sans en comprendre la valeur, et ayant beaucoup de difficulté pour prononcer. La dernière année de l'existence de cette femme fut marquée par des douleurs continuelles; elle ne pouvait rester seule, car à tout instant elle était sur le point de tomber, et sa vue devenait tout d'un coup si confuse, qu'elle ne reconnaissait plus la rue dans laquelle elle se trouvait; plus d'une fois elle fut prise d'accès dans la rue. Les douleurs de tête étaient continuelles sans être extrêmement aiguës; les accès se répétèrent de plus en plus, et elle mourut au mois d'octobre 1840, pendant un de ces accès qui durait depuis vingt-quatre heures. A l'*autopsie*, on trouva peu de congestion des vaisseaux cérébraux et le tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré de sérosité; mais l'altération la plus remarquable existait vers la pie-mère. Cette membrane était parsemée d'un très-grand nombre de petits kystes qui couvraient la surface des hémisphères et qui pénétraient entre les circonvolutions du cerveau. Ces kystes existaient des deux côtés, mais principalement du côté gauche; le volume était variable depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un grain de blé. Tous étaient situés dans l'épaisseur de la pie-mère; mais ils s'enfonçaient un peu dans la substance grise des circonvolutions; il n'y en avait aucun dans la substance blanche, dans le noyau central des lobes cérébraux ou dans les plexus choroïdes, et un très-petit nombre seulement à la surface des circonvolutions des lobes inférieurs. Autour de ces kystes, la substance cérébrale était parfaitement saine. Ces kystes n'étaient autres que des vers vésiculaires, composés d'une vésicule postérieure demi-transparente et d'un prolongement cylindrique antérieur qui était rétracté dans la vésicule comme un doigt de gant, et qu'on faisait sortir par la compression. Ce prolongement était pourvu à son extrémité d'une double couronne de crochets, autour de laquelle on voyait quatre suçoirs ovales; bref, le petit ver avait tous les caractères de celui que Rudolphi a décrit sous le nom de *cysticercus cellulosæ*. — Nous avons reproduit cette observation parce que les caractères des cysticerques y sont mieux déterminés que dans la plupart des observations des auteurs.

37. *Deux observations de cyanose par suite de vice de conformation du cœur*; par le docteur Ch. Bertody et le docteur W.-T. Iliff.

(London medical Gazette.)

Obs. I. — Une jeune fille de 21 ans ne pouvait travailler ni se livrer à aucun exercice sans éprouver presque immédiatement des palpitations et de la dyspnée. En outre, la peau présentait une teinte légèrement cyanosée; la région précordiale était le siége d'un bruit de râpe très-fort, qui accompagnait et masquait le premier bruit du cœur. Dans les derniers temps de sa vie, les accès de suffocation se succédaient très-fréquemment, et la céphalalgie continuelle qu'elle éprouvait ordinairement prit un grand degré d'intensité. Elle mourut après des accidents délirants et comateux. — La cloison ventriculaire était interrompue immédiatement au-dessous de l'orifice de l'aorte, de sorte que cette artère semblait naître des deux ventricules. L'artère pulmonaire était rétrécie au point qu'il était difficile d'y introduire le petit doigt. Les deux poumons étaient infiltrés de tubercules miliaires; le ventricule latéral gauche du cerveau était rempli de pus, sa membrane interne enflammée et rétrécie; dans le lobe postérieur du même hémisphère se trouvait un kyste de la grosseur d'un petit œuf de pigeon, rempli de pus, et sans aucune communication avec le ventricule.

Obs. II. — Une jeune fille de 12 ans, dès sa plus tendre enfance, avait présenté quelques-uns des symptômes généraux des maladies du cœur; plus tard, la face et les mains prirent une teinte violette. Cette petite fille avait du dégoût pour tout exercice, elle était très-sensible à l'impression du froid; les extrémités des doigts étaient comme noueuses; cependant les symptômes ne prirent véritablement une forme alarmante qu'à partir de l'âge de 11 ans. Elle ne tarda pas à succomber. — Le cœur était assez volumineux, l'oreillette droite hypertrophiée et dilatée; le trou ovale était ouvert et pouvait donner passage à une plume d'oie; il présentait un rudiment de valvule du côté droit; la valvule d'Eustachi était bien développée; les deux ventricules avaient une capacité à peu près égale, et communiquaient à la base au moyen d'une ouverture qui aurait pu loger le petit doigt; l'artère pulmonaire était très-petite et bouchée par une valvule conique dans laquelle était percée une ouverture tapissée en végétations et à peine capable de donner passage à une plume d'oie; le canal artériel était converti en un cordon ligamenteux. On remarquait de nombreuses végétations sur les valvules mitrale et tricuspide.

38. *Cancer de l'endocarde*; observation par le docteur E. LATHAM ORMEROD.

(London med.-chir. Transactions.)

Un homme de 48 ans, menant une vie parfaitement régulière, faible et amaigri, avait vu, deux ans auparavant, le testicule droit augmenter de volume ; il se soumit à l'opération au mois d'août dernier. La cicatrisation fut rapide. Pendant son séjour à l'hôpital, on constata une tumeur molle à l'épigastre. Il reprit cependant ses travaux, mais il survint de la diarrhée, une faiblesse extrême, avec de la constipation et des vomissements de temps en temps. Il succomba le 24 novembre 1846, sans avoir présenté de toux, d'hémoptysie, d'anasarque, ou de dilatation des veines superficielles de l'abdomen. Dans les derniers temps, on avait constaté une tumeur du volume d'une noix, derrière l'extrémité inférieure du muscle sterno-mastoïdien du côté gauche ; de la matité, et l'absence presque complète du murmure respiratoire, au-dessous de la clavicule gauche ; la propagation des battements du cœur, jusque vers les clavicules ; la présence d'un murmure systolique presque musical à la pointe du cœur, et celle d'un bruit de souffle doux sur le trajet de l'aorte et de l'artère pulmonaire ; une tumeur molle, sensible à la pression et presque fluctuante à l'épigastre, fournissant une sensation de gargouillement sous une pression rapide ; au-dessous et un peu à droite, dans la région ombilicale et lombaire, une tumeur volumineuse et dure, située derrière l'intestin ; enfin les urines chargées d'urates et de globules de pus. *Autopsie.* — Le cœur paraissait normal sous tous les rapports, à l'exception d'une coloration plus pâle à la surface antérieure du ventricule droit. Parois minces et flasques ; valvules suffisantes ; toutes les cavités saines, excepté celle du ventricule droit, qui était presque entièrement remplie par quelques masses arrondies, rouges et molles, qui se détachaient du point correspondant à la surface décolorée dont il a été parlé plus haut. Leur extrémité libre, arrondie, était dirigée vers l'artère pulmonaire ; et celle de ces végétations qui était la plus longue arrivait presque à 1 pouce du bord libre des valvules de cette artère. Parallèlement à ces tumeurs, et un peu à droite, se trouvait une autre masse à peu près de même forme, mais moins allongée, séparée de la masse précédente, par les colonnes charnues, qui fournissent les cordons tendineux, destinés au segment gauche de la valvule tricuspide ; de sorte que le troisième segment de la valvule, qui est plus court que les deux autres, était repoussé dans le champ de l'orifice, et qu'il devait en résulter de la gêne dans

le jeu de la valvule. Au-dessous, on apercevait deux ou trois masses, arrondies et aplaties, qui s'étendaient presque jusqu'à la pointe du ventricule. Immédiatement au niveau de ces masses volumineuses, la substance musculaire du cœur paraissait infiltrée de matière encéphaloïde; mais à mesure qu'on descendait vers la pointe, là où les tumeurs étaient plus petites, la substance musculaire reprenait à peu près ses caractères normaux. Les masses cancéreuses présentaient des racines, qui se ramifiaient entre les colonnes charnues; mais elles adhéraient simplement à la surface, sans pénétrer dans l'épaisseur de la substance musculaire. Indépendamment de cette altération du cœur et de l'endocarde, il existait de nombreuses tumeurs cancéreuses, dont deux principales : l'une, derrière la carotide primitive gauche ; l'autre, dans la cavité abdominale, formant une masse lobulée, pesant cinq livres, entourant l'aorte et la veine cave ascendante.

Le cancer de l'endocarde est une altération des plus rares. La science n'en compte tout au plus que six exemples, dont quatre seulement ont quelques rapports avec le fait cité plus haut. Le fait rapporté par M. Cruveilhier, d'après M. Payan, si c'est du moins un exemple de cancer, et l'un de ceux de M. Prescott-Hewett (*London med. gaz.* t. XXXVIII, p. 889), n'offrent, à vrai dire, aucune des formes caractéristiques de ces affections. Dans le dernier, en particulier, il existait une tumeur molle, dont la nature cancéreuse ne fut reconnue que par les antécédents du malade et l'examen au microscope. Les quatre autres, au contraire, ceux de M. Rokitansky (*Path. anat.*, Bd. II, p. 469), de M. Cruveilhier (*Anat. path.*, l. 40, pl. II), de M. Sims (*Med.-chir. trans.*, t. XVIII, p. 296, 1re série), et de M. Hewett, offrent des exemples de cette affection à ses diverses périodes de développement et à l'état primitif, c'est-à-dire que ce ne sont point des tumeurs cancéreuses, qui ont perforé les parois du cœur, après avoir pris naissance dans la substance musculaire de cet organe, ou dans les parties environnantes. Dans le fait de M. Cruveilhier, la tumeur naissait du sinus veineux de l'oreillette droite. Il en était de même dans le fait de M. Sims et de M. Hewett. Le fait de M. Ormerod est d'autant plus curieux que, par sa forme et ses caractères, la tumeur s'éloignait beaucoup des diverses végétations qui surviennent assez souvent dans le cœur, et en particulier des végétations globuleuses. Cette observation n'ajoute rien, au surplus, au peu de connaissances précises que l'on possédait déjà sur le diagnostic de cette affection.

---

39. *Remarques sur la chlorose*; par le docteur HENRY MARSH.
(The Dublin quarterly Journal.)

L'intention de l'auteur est de choisir et de mettre en relief, parmi les phénomènes de physiologie pathologique propres à la chlorose, ceux qui dérivent spécialement de l'état du sang et d'en tirer des conséquences pratiques. Il se propose en outre de publier plus tard un travail analogue sur l'hémorrhagie et de mettre en regard les données fournies par chacune de ces affections. Sans attendre ce complément, qui n'est pas nécessaire à l'intelligence du mémoire actuel, nous signalerons de suite, dans ces remarques sur la chlorose, celles qui nous auront paru le plus dignes d'intérêt.

L'auteur de *animal chemistry*, le docteur Simon, a écrit ce qui suit : « Quand il y a pénurie de globules sanguins, le besoin d'absorption de l'oxygène est diminué d'autant, la circulation devient plus lente, et il se développe moins de chaleur que dans l'état normal. D'un autre côté, un sang trop riche en globules, mais circulant lentement, développe moins de chaleur qu'un sang qui contient une moindre proportion de globules, mais qui circule plus rapidement, parce qu'il se consomme plus d'oxygène dans le dernier cas que dans le premier. » M. Henry Marsh s'empare de ce point de vue et en tire le précepte de suppléer, dans la chlorose, par tous les moyens possibles, au peu d'élévation de la chaleur naturelle, soit en réchauffant le corps directement par les bains, les frictions, les vêtements appropriés, soit au moyen d'un exercice propre à activer la circulation du sang. Il est bien entendu, et l'auteur insiste là-dessus, que l'exercice soit toujours proportionné aux forces du sujet et gradué avec ménagement. On ne peut d'ailleurs avoir la prétention d'attaquer par de semblables moyens la racine du mal ; ce sont des moyens simplement adjuvants, mais dont l'emploi bien entendu peut aider celui des moyens laxatifs, et pallier, en attendant, certains effets de la maladie.

Le choix des aliments n'est pas non plus indifférent à ce point de vue. L'auteur conseille un régime opposé à celui que l'instinct suggère dans les pays chauds, et analogue à celui qu'on suit dans les pays froids. On aura donc recours à des substances riches en carbone, au beurre, à l'huile, à la graisse qu'on mêlera aux aliments journaliers, en quantité proportionnée aux forces digestives de l'estomac. On boira du bon vin, du porter, de l'ale, suivant les goûts et les idiosyncrasies. L'auteur assure avoir vu d'excellents résultats de l'usage de l'eau-de-vie mêlée avec du lait et prise le matin à jeun.

Ce n'est pas sans raison que l'auteur regarde les dérangements menstruels qui accompagnent ordinairement la chlorose comme l'effet plutôt que la cause de la maladie. Mais il va trop loin, suivant nous, quand il affirme que la chlorose *a une plus intime relation avec l'époque de la vie où la forme atteint à peu près son entier développement, qu'avec les fonctions utérines.* Les fonctions utérines et la menstruation ne sont pas absolument la même chose, et l'utérus pourrait être le siége d'un mouvement pathologique quelconque dont les dérangements menstruels seraient eux-mêmes le résultat, aussi bien que la chlorose. Or c'est précisément ce qu'ont soutenu certains pathologistes. M. Trousseau, en particulier, place la source principale de la chlorose dans une sorte de suractivité de l'utérus, lequel absorberait, pour ainsi dire à son profit, une partie des forces vitales de l'organisme. Toujours est-il que la chlorose a une liaison évidente, suivant nous, dans la plupart des cas, avec le jeu des fonctions utérines, prises dans leur plus large acception.

M. Marsh insiste beaucoup sur les épanchements séreux qui accompagnent assez souvent cette maladie, et il admet une anasarque chlorotique, une hydrencéphale chlorotique, une ascite chlorotique, un hydrothorax chlorotique, etc. On rencontre en effet quelquefois, chez les jeunes filles atteintes de chlorose très-prononcée, la bouffissure de la face, l'œdème des extrémités, et même des épanchements séreux dans les cavités closes; mais c'est un fait dont l'auteur nous a paru exagérer un peu la fréquence, et les exemples qu'il en cite ne font que nous confirmer dans cette opinion. Peut-on voir, par exemple, dans le fait suivant, un exemple d'*épanchement chlorotique dans les cavités du cerveau?* Un enfant de 5 ans fut pris, à la suite d'une longue fièvre, d'œdème des extrémités inférieures. Sa santé paraissait cependant s'améliorer; mais il tomba graduellement dans un état comateux et l'on constata une hémiplégie complète du côté gauche. Sous l'influence des vésicatoires et des frictions mercurielles, le coma et la paralysie disparurent; en même temps se dissipa l'œdème des jambes, et l'enfant finit par revenir à une santé parfaite. — Où sont, dans l'histoire de cet enfant, les indices certains d'une chlorose? Nous n'en voyons absolument aucun.

Nous n'oserions non plus souscrire à une autre opinion émise par l'auteur sur l'étiologie de la chlorose (nous suivons l'ordre un peu capricieux qu'il a lui-même adopté). Il regarde les scrofules comme une des sources de la maladie, et bien qu'il invoque sur ce point sa propre expérience, nous craignons qu'il ne soit tombé dans une grave erreur. Les scrofuleux présentent quel-

quefois une pâleur plus ou moins analogue à la pâleur chlorotique, et les chlorotiques, par la mollesse de leurs chairs, ont parfois de la ressemblence avec les scrofuleux. Nous ne supposons pas M. Marsh capable de tomber dans ces méprises ; mais il eût bien fait d'entrer dans quelques détails sur les caractères des scrofules qu'il dit avoir rencontrés chez les personnes atteintes de chlorose.

L'étude de la chlorose a conduit le chef de clinique de M. Henry Marsh, le docteur Freke, à se poser les questions suivantes : Ne pourrait-on pas, en certains cas et dans des vues thérapeutiques, amener une diminution des globules rouges du sang, les autres éléments constituants de ce liquide restant les mêmes ? Et l'hydrosulfate d'ammoniaque ne pourrait-il pas produire cet effet en s'appropriant une portion du fer destiné aux globules ? M. Marsh rappelle à cette occasion deux faits. Le premier est emprunté à M. Bonnet (de Lyon), dont les expériences démontrent que l'hydrosulfate d'ammoniaque détruit complétement les globules sanguins et enlève au sang la faculté d'artérialisation. Le second fait, emprunté au docteur Newton, c'est que cette substance, administrée dans les maladies du cœur accompagnées de symptômes aigus, a fait quelquefois tomber subitement les accidents et diminuer rapidement le nombre des battements. M. Marsh lui-même, ayant employé l'hydrosulfate *de chaux* à l'intérieur contre certaines maladies de la peau et en ayant tiré de grands avantages, « principalement dans les cas où, en apparence au moins, on pouvait supposer un excès de globules rouges, » se demande s'il n'y a pas eu là une action analogue à celle que le docteur Freke a soupçonné appartenir à l'hydrosulfate d'ammoniaque. On comprend, sans qu'il soit besoin de le dire, toute l'incertitude, tout le vague qui enveloppent encore ces idées; néanmoins elles méritent d'être soumises à l'expérimentation.

---

40. *Sur l'action physiologique et thérapeutique de la vératrine comparée à celle de la strychnine* ; par le docteur P. A. Gebhort, de Moscou.

(Giornale Degli Progressi della Patol. e della Terap.)

Dans ce travail, l'auteur a étudié comparativement l'action physiologique et thérapeutique de ces deux agents thérapeutiques. Nous lui empruntons principalement ce qui est relatif à la vératrine. Voici de quelle manière l'auteur décrit les *effets physiologiques* de cet alcali végétal. Donné à la dose de 1/4 ou de 1/8 de grain, chez les animaux, il détermine des inquiétudes, de la difficulté de respirer et des nausées, le ralentissement et l'inter-

mittence du pouls, ensuite des vomissements, des borborygmes et une diarrhée visqueuse teinte de sang ; enfin de fortes contractions des muscles abdominaux, un tremblotement inquiet, et des convulsions. Si l'on porte la dose à 3 ou 6 grains, on voit succéder à une exaltation excessive du système nerveux, des convulsions, le tétanos, des vomissements et de fréquentes déjections alvines, puis une faiblesse musculaire extrême accompagnée de tremblement et une dépression profonde de toute activité nerveuse, enfin la mort. Appliquée sur les membranes muqueuses, elle détermine, chez lea animaux, de violentes douleurs, de l'inflammation, et une abondante sécrétion mucoso-sanguine; de même lorsqu'elle est introduite dans une plaie récente. Injectée dans les veines ou dans les cavités séreuses, on voit les animaux manifester aussitôt de l'inquiétude, de la gêne dans la respiration, pousser des cris continuels; puis surviennent des vomissements, des convulsions, de la diarrhée, des évacuations urinaires répétées, le tétanos et la mort. Chez l'homme, l'usage *interne* de la vératrine occasionne des sensations particulières vers l'estomac, des alternatives de frisson et de bouffées de chaleur, de picotements vers la peau. Si l'on augmente la dose, chaleur et sentiment de brûlure incommode vers l'estomac : salivation, nausées, vomissements et diarrhées ; quelquefois même abondante sécrétion urinaire et sueurs copieuses ; d'autres fois enfin, douleurs obtuses et lancinantes dans le dos, dans diverses parties musculaires et dans les articulations ; douleurs qui se rapprochent beaucoup des secousses électriques. La vératrine ne détermine ni réaction fébrile, ni turgescence veineuse, ni troubles vers le cerveau ou vers les organes des sens. *A l'extérieur*, elle peut être employée chez l'homme pendant des mois entiers, sans aucun autre inconvénient qu'une sensation de chaleur, de picotement et de brûlure qui occupe d'abord le point sur lequel a été faite la friction, et qui gagne bientôt toute la peau, quelques irradiations comme électriques sur le trajet des nerfs, et la sensation d'un courant d'eau chaude le long de la colonne vertébrale. La peau est rarement enflammée par les frictions de la vératrine. Parfois cependant ces frictions déterminent chez quelques individus délicats, ou par suite de la trop grande quantité de l'agent thérapeutique, de la rougeur, des douleurs aiguës, de fortes secousses, et des espèces de convulsions partant du lieu où ont été faites ces frictions.

Sous le rapport *thérapeutique*, M. Gebhort pose comme *indications* de l'emploi de la vératrine l'existence de *douleurs*, de *spasmes*, d'*épanchements* et de *paralysie*, que cette dernière re-

connaisse pour cause des épanchements ou un *épuisement vital* ; et comme *contre-indications* l'augmentation d'activité de la circulation, la *fièvre*, la *phlogose* et l'existence d'une *irritation gastro-intestinale* ou de quelque altération vers les organes digestifs ; indications et contre-indications qui, on le voit, ne brillent ni par la clarté, ni par la précision. Mais les faits que l'auteur a rapportés permettent de se faire une idée de ce qu'il entend par là.

M. Gebhort a essayé successivement la vératrine contre le *rhumatisme*, la *névralgie*, les *maladies spasmodiques de poitrine*, les *hydropisies* et les *paralysies*. 1° Contre le *rhumatisme*, il n'a employé la vératrine que dans les cas dans lesquels il restait encore, après la cessation de la fièvre et de tous les phénomènes gastriques, des douleurs localisées qui ne cédaient ni à des moyens thérapeutiques convenables, ni aux efforts critiques de la nature. Depuis 1839, il a traité plus de 60 cas de rhumatisme de toute espèce ; et sur ce nombre, 4 seulement n'ont pas été radicalement guéris. La vératrine a été mise en usage à l'extérieur seulement, et sans qu'on y ajoutât aucun médicament interne. Les rhumatismes musculaires du dos, surtout, cèdent avec une merveilleuse facilité. 2° Les *névralgies* que M. Gebhort a combattues avec succès sont celles qui ne tiennent à aucune altération organique, et principalement celles d'origine rhumatismale. Sur les 9 névralgies de la face traitées de cette manière, 4 ont guéri en trois ou quatre jours par le seul usage des frictions de vératrine pratiquées sur le point douloureux. Il restait seulement de l'exaltation, de la sensibilité, et au septième ou huitième jour, les malades étaient entièrement débarrassés. 2 autres n'y furent soumis qu'après avoir pris pendant quelques jours une solution de chlorure de potassium, et vingt-quatre heures après les premières frictions de vératrine, l'amélioration était notable : tous les symptômes douloureux avaient cédé ; il ne restait qu'une sensation obtuse de douleur qui disparut elle-même au huitième ou neuvième jour à la suite de sueurs abondantes et de fréquentes excrétions urinaires. Les trois autres ont présenté beaucoup de difficultés et de résistance à ce traitement. 3° Les *maladies spasmodiques de poitrine* dont parle M. Gebhort ne sont pas décrites avec assez de détails pour qu'on sache au juste à quoi s'en tenir sur le véritable caractère de ces affections, et nous passons immédiatement aux *hydropisies*. 4° C'est surtout contre les hydropisies qui ne se lient à aucune altération organique, dit l'auteur, que les frictions de vératrine peuvent être employées avec grand avantage ; dans toutes les autres, elles n'apportent qu'un soulagement pal-

liatif. Nous avons lu avec soin les observations qui sont rapportées dans ce travail, et nous nous sommes convaincus que de ces hydropisies, l'une est un exemple de néphrite albumineuse, une autre de maladie du cœur, une troisième de pleurésie avec épanchement, et une quatrième de méningite ou de fièvre typhoïde (car le cas est douteux) chez un enfant. La première de ces observations est vraiment digne d'intérêt, en ce que la vératrine fut administrée à l'intérieur à la dose de 1/16 de grain, et à l'extérieur en frictions sur la colonne vertébrale et sur le bas-ventre ; la convalescence s'établit en quatre semaines après une abondante sécrétion d'urine. 5° *Paralysies.* Trois observations de paralysie faciale survenue à la suite d'un refroidissement, sans aucune autre altération fonctionnelle, furent guéries en six, dix et treize jours par des frictions pratiquées derrière les oreilles et tous les jours. Dans les paralysies consécutives à l'apoplexie, M. Gebhort a également constaté de très-bons résultats, lorsque le rétablissement de la motilité et de la sensibilité se fait longtemps attendre.

Relativement au mode d'administration, M. Gebhort donne la vératrine *à l'intérieur* à la dose de 1/16 de grain sous forme pilulaire, deux fois par jour. On peut porter graduellement la dose jusqu'à 4 pilules, selon le degré de sensibilité, et suivant que l'on voit survenir plus ou moins rapidement les nausées ou la diarrhée. *Pour l'usage externe*, M. Gebhort fait préparer une pommade dans laquelle on incorpore de 5 à 20 grains de vératrine dans 1 once de graisse, ou mieux, il fait préparer pour chaque friction un paquet de 15 gram. d'axonge et de 1/2 ou 1 gram. de vératrine (2 ou 3 frictions par jour). Il convient de faire dissoudre la vératrine dans un peu d'alcool avant de l'incorporer.

Voici maintenant les caractères distinctifs que l'auteur établit entre l'action de la strychnine et celle de la vératrine. La strychnine est absorbée avec une grande rapidité, pénètre dans la masse du sang et en altère la composition. La vératrine n'est pas absorbée ; car non-seulement, introduite dans une plaie, elle ne détermine pas les accidents graves qu'occasionne son injection dans les veines ; mais encore le sang veineux de la partie où le poison a été introduit ne détermine aucun accident lorsqu'il est injecté dans les veines d'un autre animal (c'est le contraire pour la strychnine). La strychnine n'a aucune efficacité contre les *névralgies*, les *maladies spasmodiques* et *convulsives* ; la vératrine en possède un incontestable. La strychnine a bien une action contre la paralysie des nerfs, mais elle congestionne et irrite le cerveau ; enfin, si elle possède quelques propriétés toniques par

lesquelles elle peut être de quelque utilité contre la diarrhée, la dyssenterie et même le choléra, ces avantages sont largement rachetés par les inconvénients qui s'attachent à ses propriétés irritantes et à son influence sur le système nerveux.

---

41. *Feuilles de fraisier sauvage comme auxiliaire utile dans le traitement de la dyssenterie chronique.*

(Southern Med. and Surg. Journal.)

Les feuilles de fraisier ont été quelquefois employées, en infusion comme diurétiques ; mais c'était surtout à la racine de cette plante qu'on avait recours, comme légèrement tonique et astringente, dans la diarrhée, la gonorrhée, et certaines hémorrhagies passives. Un médecin américain, M. le docteur Blackburn, vient de retirer l'usage des feuilles de fraisier de l'abandon presque complet où il était tombé, en l'appliquant au traitement de la dyssenterie. Voici ce que l'expérience lui a appris sur l'emploi de cette substance. Pendant trois annés qu'il en a fait usage sous toutes les formes, contre la dyssenterie, il a reconnu que la meilleure formule était la suivante.

Prenez :

Feuilles vertes. . . . . 1 livre (373 gramm.)

Ajoutez :

Bonne eau-de-vie de France. . . . . 1 quart (1 litre 13.)

Faites bouillir jusqu'à réduction à une pinte (75 centilitres) ; filtrez. — On en administre une cuillerée à bouche toutes les trois heures, jusqu'à ce que les symptômes les plus alarmants soient apaisés. L'auteur assure avoir employé toujours ce moyen avec succès.

---

42. *De l'acétate de morphine dans le traitemeut de la mélancolie* ; par le docteur Seymour.

(Dublin quarterly Journal.)

Personne n'ignore que les préparations opiacées ont, dans beaucoup de cas de mélancolie, assuré un soulagement notable, quelquefois même la guérison ; mais ce que l'on sait le moins, c'est la manière de les administrer et le choix de celles qui sont le plus efficaces. L'expérience du docteur Seymour paraît leur avoir appris que l'acétate de morphine est surtout employé avec avantage dans les cas de mélancolie avec disposition au suicide, et dans ceux où la maladie s'est développée sous l'influence des conditions puerpérales. Voici comment il s'explique lui-même sur la manière d'administrer ce médicament.

« Dans les cas qui s'annoncent par des phénomènes peu graves, j'ai l'habitude de prescrire l'acétate de morphine par quart de grain en solution et chaque soir ; au bout de huit jours, j'élève la dose à un demi-grain ; et, dans ces sortes de cas, j'ai rarement eu besoin de dépasser cette dose. Lorsque les accidents présentent plus de gravité, je commence par un demi-grain, que je porte promptement à un grain chaque soir ; j'ai rarement dépassé cette dose. Je donne le sel le soir, vers l'heure du sommeil, prenant le plus grand soin de ne pas manquer un seul jour pendant plusieurs semaines pour les cas légers, et pendant au moins trois mois pour les cas graves. »

Pendant neuf ans, durant lesquels l'auteur assure avoir employé cette médication et dit avoir obtenu la guérison chez soixante et dix malades et n'avoir échoué ou n'avoir obtenu qu'un soulagement temporaire chez vingt, n'ayant regardé comme réellement guéris que ceux qui étaient restés sans rechute deux ans au moins après tout traitement. Dans la plupart de ces cas, on fut obligé de séparer les malades de la famille. Une autre condition, que le docteur Seymour regarde comme indispensable pour la guérison, c'est que le malade ne soit pas livré seul aux soins de ses gardiens. Il veut qu'un parent ou un ami soit au moins dans la même maison que le malade, qu'il peut voir ou ne peut pas voir, suivant les convenances du traitement.

---

43. *Moyen pour prévenir l'avortement périodique*; par M. Griffin.
(The Dublin quarterly Journal.)

Ce n'est pas un préservatif assuré et devant réussir indistinctement dans tous les cas que l'auteur vient ici proposer; cependant il l'a employé trois fois avec succès chez des femmes qui avaient l'habitude d'avorter à chaque grossesse vers la même époque.

Ce traitement consiste à prendre, dès les premiers temps de la grossesse, trois fois par jour, une pilule de deux grains et demi d'oxyde de zinc et de deux grains d'extrait de houblon; après chaque pilule, deux cuillerées à bouche de mixture de valériane, esprit aromatisé d'ammoniaque et infusion de serpentaire. Il faut aussi que la femme prenne, quand elle sent quelques douleurs, une pilule d'un grain d'opium, et qu'elle les continue à la dose d'une toutes les heures jusqu'à ce qu'elle ait obtenu du soulagement. Elle devra éviter de rester immobile sur un canapé ou au lit, et ne devra pas non plus s'astreindre à une diète trop sévère.

L'auteur attribue à ce traitement pour empêcher l'avortement

un pouvoir semblable à celui que les antispasmodiques possèdent pour prévenir les retours des accès d'épilepsie. Il ajoute que le valérianate de zinc, qu'il ne connaissait pas à cette époque, aurait probablement, avec moins de difficulté pour l'administration, un résultat tout aussi favorable.

---

44. *Cas d'excision du col utérin pour affection carcinomateuse*; par M. Simpson.

(The Dublin Quarterly Journal.)

La question de l'excision du col utérin a, comme toute autre, souffert des passions qu'elle a jadis soulevées. Cette opération, défendue et combattue avec une égale animosité des deux côtés, n'est presque plus discutée aujourd'hui qu'en tremblant par ceux de nos écrivains qui la trouvent sur leur chemin. C'est donc ailleurs qu'en France qu'il faut maintenant aller chercher les documents qui la peuvent élucider, et à ce titre, nous ne pourrions en souhaiter de meilleurs que ceux fournis par l'illustre professeur d'Édimbourg. Le caractère de son talent et la loyauté de sa parole sont des garanties d'authenticité qu'il n'est point inutile de rappeler lorsqu'il s'agit de traiter d'une semblable matière.

Parmi les trois observations que rapporte M. Simpson, nous avons distingué la suivante comme offrant l'exemple d'un succès aussi solide que bien avéré.

Obs. — Une femme âgée de 23 ans sevra son dernier enfant en juin 1839. A partir de cette époque, et même depuis un mois auparavant, elle eut une ménorrhagie légère, mais continue. Elle fit une fausse couche en octobre; la perte augmenta alors, contint souvent des caillots de sang et prit une odeur fétide. Parfois cependant elle devenait pâle et aqueuse. Il survint deux fois, sans cause appréciable, une hémorrhagie alarmante. Pas de douleur locale dans la région utérine.

Au bout de onze mois de maladie, cette femme était faible et considérablement amaigrie, au point d'être obligée de garder le lit. M. Simpson constata la présence d'une tumeur du volume d'une petite poire, attachée à la lèvre postérieure du col par une très-large base. Sa surface, offrant l'aspect d'une fraise, était granuleuse, rugueuse, fendillée. Insensible au toucher, elle saignait cependant sous la moindre pression.

Le 25 mai 1840, M. Simpson excisa toute la portion vaginale du col avec la tumeur y adhérant. Pour s'assurer d'une ablation complète de tout le tissu cancéreux, il divisa le col aussi haut que la réflexion du vagin le lui permit, en emporta même dans un point une ou deux lignes de la muqueuse réfléchie qui ta-

pisse ce conduit. La tumeur avait 2 pouces 3/4 comme maximum de largeur et 2 pouces 1/4 dans sa plus grande hauteur. Examinée après avoir été plongée dans une forte dissolution alcoolique de sublimé, elle présenta au toucher et à la vue les mêmes caractères qu'un cerveau durci dans le même liquide. M. Goodsir y trouva au microscope une structure cellulaire nucléolée; mais il n'y découvrit pas de corps condyloïdes ou fusiformes.

La malade se remit promptement; l'écoulement vaginal cessa dès le moment de l'opération. Au mois de novembre 1840, elle était déjà enceinte de plusieurs mois. Jusqu'au mois d'août 1846, elle a eu, outre celle-ci, deux autres couches très-heureuses. Ses trois enfants se portent bien maintenant; la femme elle-même jouit d'une bonne santé. En l'exprimant, on trouve que le col présente, à la place de sa saillie naturelle en forme de mamelon, une expression ou cavité semblable à l'enfoncement de l'ombilic.

Après avoir raconté deux autres faits, dont l'un est aussi une histoire de succès non moins réel, M. Simpson indique quelques règles de manuel opératoire. Il fait toujours placer les malades couchées en pronation, en travers du lit et les jambes pendantes. De cette manière on peut inciser le col d'arrière en avant, et non d'avant en arrière. Il attache une grande importance à cette modification; car l'incision, faite dans ce dernier sens, expose, dit-il, à pénétrer dans la cavité du péritoine, puisque cette membrane s'étend beaucoup plus bas derrière le col que devant lui.

M. Simpson a aussi trouvé que l'opération est considérablement facilitée, quant à son premier temps (celui qui consiste à attirer en bas l'utérus), lorsqu'on se sert pour atteindre ce but d'une large et forte pince à crochets qui est articulée à la manière du forceps, au lieu de l'être comme les ciseaux ordinaires. Avec la pince articulée comme les ciseaux, il arrive souvent que, pendant qu'on cherche à implanter les dents de l'une des branches dans le lieu le plus favorable, l'autre va piquer ou la tumeur ou même les parois du vagin. L'opérateur échappe à cette cause d'embarras s'il adopte pour ces pinces le mode de jonction du forceps. Les branches étant séparées, on peut les introduire, les ajuster et les fixer successivement et isolément; puis on les assemble pour s'en servir selon la méthode usuelle.

Les deux principaux secrets pour bien réussir dans cette opération sont, dit M. Simpson : 1° de fixer exactement les deux érignes, et surtout celle qui correspond à la lèvre malade, aussi haut que possible, et aussi près de la ligne de réflexion du vagin; 2° de pratiquer l'incision immédiatement au-dessus de la prise

des pinces (comme si l'on voulait couper l'instrument et la partie qu'il saisit) : c'est ainsi qu'on peut parvenir à emporter tous les tissus malades. Pour placer les pinces le plus haut possible, on se trouve beaucoup mieux de se guider sur le doigt et par le sens du toucher qu'à travers un spéculum et par la vue. D'ailleurs, la tuméfaction du col empêcherait le plus souvent la vue de pénétrer jusqu'au point que la pince doit saisir.

Quant aux indications, M. Simpson, d'accord avec la plupart des auteurs, admet qu'on ne doit opérer que les cas présentant l'une des conditions pathologiques suivantes :

1° Considérable hypertrophie morbide par élongation de la portion vaginale du col utérin ;

2° Ulcère rongeant, quand il est limité aux lèvres du col et pathologiquement identique avec la forme du lupus ou d'ulcère malin, si bien connu à la face ;

3° Formes circonscrites et locales de maladie, ou excroissance cancéreuse des lèvres et du segment inférieur du col utérin.

---

45. *Considérations sur la fistule urinaire*; par M. W. Colles.
(The Dublin Quarterly Journal.)

Quoique ce sujet ait été l'objet d'une foule de travaux, il est loin encore d'être épuisé. En lisant la plupart des publications récentes sur les fistules urinaires, on s'aperçoit aisément en effet que leur description est plutôt de convention que calquée sur la nature. Le mémoire de M. Colles se distingue de ceux-ci par une couleur toute opposée ; et nous ne doutons point qu'en le parcourant, chaque lecteur ne reconnaisse les difficultés qu'il a lui-même rencontrées plus d'une fois dans la pratique et dont les livres ne lui avaient pas révélé l'existence.

Une première division qu'établit M. Colles, d'après les principes de son père, domine tous les développements qui vont suivre. Il admet deux espèces de fistules : les unes dépendant d'une cause locale, stricture ou rupture de l'urèthre, tuméfaction de la prostate, etc., les autres tenant à un état morbide de la constitution.

1° Quant aux fistules de cause locale, la théorie rend en général compte de leur formation par l'existence d'un rétrécissement, derrière lequel l'urine s'accumule, distend le canal et finit par le perforer. Mais cette explication se trouve en défaut dans plus d'un cas. Ainsi, pourquoi rencontre-t-on souvent l'orifice intérieur de la fistule à une distance considérable de la stricture ainsi que de la portion dilatée du canal ? Pourquoi ne coule-t-il pas ordinairement du pus par l'urèthre ? Pourquoi n'y a-t-il pas

d'extravasation ou d'infiltration urinaire pendant les efforts auxquels le malade se livre pour uriner? Pourquoi les fistules, si elles sont réellement la suite d'un abcès, se ferment-elles parfois presque aussitôt après s'être ouvertes à l'extérieur?

Quant au traitement, les chirurgiens disent que le passage de l'urine à travers ces fistules est la seule cause qui les empêche de se fermer; et, par conséquent, ils indiquent comme seul moyen qui puisse les guérir l'emploi d'une sonde à demeure, ou le soin de sonder le malade chaque fois qu'il veut uriner. Mais ce plan thérapeutique n'est pas toujours couronné de succès et ne devient pas non plus toujours nécessaire; car si nous confinons, comme il l'exigerait, les malades dans leur lit pendant cinq ou six semaines, leur santé se perd souvent à cette inaction forcée. Le contact permanent de la sonde cause presque inévitablement une irritation locale, sans compter les graves désordres généraux connus sous le nom de *fièvre urinaire*. Quant à introduire le cathéter chaque fois que le malade éprouve le besoin d'uriner, on sait assez que le rétrécissement en est souvent aggravé par suite de l'irritation qui, à la longue, résulte toujours de ces manœuvres, même le plus adroitement exécutées.

M. Colles est néanmoins d'avis que, lorsqu'un rétrécissement est la cause des fistules, le premier et principal du chirurgien doit être de rétablir l'urèthre dans son calibre normal; mais il préfère, pour y parvenir, essayer d'abord le cathétérisme répété tous les deux ou trois jours, et ne laisser l'instrument en place qu'en cas d'insuccès, et lorsque le canal a été accoutumé par les essais précédents au contact d'un corps étranger.

Il arrive parfois que la fistule ne fait aucun progrès vers la guérison, quoique le rétrécissement ait été complétement détruit. On s'est alors trouvé bien de cesser l'emploi de la sonde et de laisser le malade se lever; une amélioration notable s'ensuit en quelques jours, l'urine et le pus sortent en moindre quantité par la fistule, les callosités ambiantes se fondent et la cure se complète d'elle-même.

Différents caustiques ont été recommandés pour arriver à ce même résultat; mais s'ils sont solides, le trajet fistuleux est si étroit et tortueux qu'ils n'agiront guère que sur l'orifice extérieur, le moins important à cautériser. Si au contraire on les emploie liquides, le chirurgien qui considérera l'étendue de ces fistules, ainsi que leurs rapports et la force qu'il faudrait déployer pour faire parvenir l'injection jusqu'à l'urèthre, craindra toujours de voir le liquide caustique se répandre dans le tissu cellulaire et y produire d'incalculables dommages.

Lorsque ce simple traitement a échoué, il ne peut plus être question que d'une opération. A entendre les auteurs, rien ne serait plus facile que de la terminer heureusement ; mais on change bientôt de langage quand on a pratiqué ou qu'on a vu pratiquer cette médecine opératoire. Combien de patients ont dû être reportés de l'amphithéâtre dans leur lit, sans que le chirurgien ait pu atteindre le but qu'il poursuivait !

Or ce but est aisé en apparence, car il ne s'agit que d'ouvrir l'urèthre derrière le rétrécissement quand la sonde n'a pu traverser celui ci d'avant en arrière. Mais dans cette recherche, nous manquons absolument de guide, car les connaissances anatomiques ne prêtent ici qu'un bien faible secours. En effet, les parties sont si différentes alors de leur structure normale, dures, épaissies et comme cartilagineuses, qu'elles se referment sur le bistouri après chaque incision. Si l'on veut dilater la plaie au moyen d'une spatule, on ne peut l'appliquer qu'aux téguments. D'ailleurs l'urèthre ne forme pas un tube arrondi : il est contracté ; ses faces opposées sont en contact réciproque, et ne se distinguent pas facilement. Et cela est si vrai que souvent on a pris le corps caverneux, une fistule ou le pubis lui-même, pour l'urèthre.

On nous enseigne encore dans les livres de passer une sonde cannelée dans le rétrécissement, de couper sur elle et de diviser ainsi la partie coarctée ; mais lorsque la sonde est tenue pressée sur la stricture, l'incision la rend libre ; elle glisse hors de l'urèthre, et il devient ensuite impossible de la replacer de nouveau au même point qu'elle occupait précédemment. Ce plan toutefois peut être couronné de succès quand on a un aide adroit et attentif, qui, après avoir engagé la sonde dans ou contre le rétrécissement, tire le pénis sur l'instrument et presse en même temps celui-ci, non sur le rétrécissement, mais contre l'arcade du pubis. De cette façon, lorsqu'on coupe sur la sonde, les parties restent fixées, et la sonde et le rétrécissement conservent leur situation respective.

Enfin, si ce procédé demeure insuffisant, on a encore l'extrême ressource d'aller à la recherche du canal, comme dans la lithotomie périnéale, c'est-à-dire dans sa portion membraneuse, mais sans aucun guide.

2° La seconde forme de fistule urinaire, que M. Colles décrit, diffère essentiellement de celle-ci ; car, loin d'être locale, son existence dépend d'un dérangement de la constitution, et y est intimement liée.

Dans cette variété, si le malade se souvient et peut rendre

compte des antécédents, il nous apprend que la formation des fistules n'a été précédée ni de fièvre ni de l'espèce de douleurs qui accompagnent les abcès aigus. Il aura seulement senti d'abord une légère chaleur en urinant, une tumeur peu perceptible au périnée, symptômes qui ont à peine attiré son attention. Les progrès de l'abcès ont été lents, et il n'a presque pas fatigué le malade jusqu'au moment où il s'est ouvert. Le patient dira parfois qu'il jouit d'une fort bonne santé ; mais un examen attentif apprendra qu'il y a eu pendant quelque temps de la fièvre. Il a perdu l'appétit, il a de la soif, une vitesse du pouls, de la maigreur et de la pâleur. Souvent, dans ces cas, il existe quelque affection de la poitrine, de la toux avec une expectoration copieuse et de la dyspnée, surtout après un exercice pénible.

Quant à l'état local, voici les caractères par lesquels il se différencie dans cette variété : les orifices fistuleux sont larges, mais sans papilles fongueuses ; leur pourtour n'offre que peu d'induration, et la peau n'y est pas plissée. Ils sont nombreux à l'extérieur et percés comme avec un emporte-pièce, mais rarement au nombre de plus de deux à l'intérieur. Enfin, différence la plus importante, l'urèthre est entièrement perméable, et l'introduction d'une sonde n'y dénote l'existence d'aucun rétrécissement.

Si le chirurgien est assez imprudent pour entreprendre une opération contre ces fistules, non-seulement il ne les guérira pas, mais il rendra pire l'état de son patient. Il faut même se défier des explorations avec la sonde, auxquelles on n'est que trop porté dans les cas de ce genre ; car, même en y procédant avec ménagement, on peut, dans ces constitutions usées et maladives, déterminer par là une fièvre urinaire grave et quelquefois mortelle.

Le traitement local est donc ici très-simple ; il faut seulement recommander au malade, toutes les fois qu'il urine, de presser sur la partie, ou d'y maintenir constamment une compression modérée, de manière à empêcher qu'il n'y passe beaucoup d'urine. Les fistules de cette espèce peuvent guérir par cette seule précaution.

L'attention principale doit être réservée pour l'état général : il faut traiter la phthisie, la fièvre hectique, etc., qui souvent entrainent rapidement le malade au tombeau. Mais lorsque, au contraire, on est assez heureux pour en obtenir la guérison, on voit alors les fistules guérir d'elles-mêmes, et sans qu'il y ait eu besoin d'aucune médication locale.

---

46. *Nouveau mode de traitement des tumeurs érectiles. Division sous-cutanée des vaisseaux.*

(Journal für Kinderkrankheiten.)

M. le professeur Behrend, de Berlin, propose un nouveau mode de traitement contre les *telangiectasies*, plus vulgairement connues sous le nom de tumeurs sanguines ou érectiles. Ce moyen consiste dans la cautérisation avec l'acide acétique concentré, suivie d'applications de compresses imbibées de vinaigre. Dans ce cas la tumeur érectile se contracte, devient dure, d'un jaune pâle, et s'atrophie ; il se forme une inflammation oblitérante qui occasionne la coagulation du sang dans les vaisseaux, fronce la partie malade et la convertit en un tissu parcheminé, espèce d'eschare qui tombe et laisse voir les tissus sous-jacents complétement flétris.

L'auteur recommande, en outre, la division sous-cutanée des vaisseaux dilatés à l'aide d'aiguilles à double tranchant. Nous devons ajouter que ce dernier moyen a réussi sous nos yeux, entre les mains de M. Blandin.

Il ne sera sans doute pas inutile de rappeler ici en quoi consiste cette opération, d'ailleurs fort simple. L'opération a pour but, en divisant le tissu vasculaire qui constitue ces sortes de tumeurs, de déterminer leur oblitération et par suite l'affaissement et l'atrophie de la tumeur elle-même. Le procédé propre à réaliser ce résultat consiste à faire, sous la peau, à travers une piqûre pratiquée à la base d'un pli cutané (quand ce pli est possible), des scarifications de la tumeur. On divise dans tous les sens le tissu vasculaire, de manière à en détruire la trame : cette opération a pour résultat la substitution d'un tissu de cicatrice sous-cutanée, au tissu vasculaire morbide.

---

47. *Observation d'empoisonnement par l'acide arsénieux ;* par le docteur Letheby.

(London medical Gazette.)

Une jeune fille de 19 ans, robuste et bien portante, avala, le 1er septembre, environ 2 onces d'une eau pour tuer les mouches, qui contenait 2 grains et demi d'acide arsénieux, La nuit, il y eut un peu d'agitation, d'insomnie, et un peu de douleur à l'épigastre. Le lendemain cette douleur avait augmenté ; nausées, soif vive, un peu d'altération des traits, les extrémités froides. Cependant tous ces symptômes se calmèrent, et la nuit suivante, elle dormit assez bien , à l'exception d'une soif vive qui la fatigua beaucoup. Le troisième jour, elle se trouva beaucoup plus

malade, et elle fut transportée à l'hôpital. Elle était mourante, la face pâle et anxieuse, les extrêmités froides et couvertes d'une transpiration visqueuse, le pouls presque insensible ; état voisin du coma. Peu à peu elle s'affaiblit davantage et succomba dans la journée, trente-six heures après l'administration du poison. — *Autopsie.* Cerveau congestionné ; ventricules latéraux remplis de sang à demi coagulé. Les poumons sains, le cœur flasque et distendu par une espèce de gelée noirâtre. Plusieurs petites ecchymoses dans l'épaisseur des valvules auriculo-ventriculaires. Les viscères abdominaux congestionnés, particulièrement vers la région du bassin. L'estomac pâle, presque vide; sa membrane muqueuse soulevée çà et là par quelques bulles d'air ; elle offrait vers le pylore une belle couleur jaune, qui était due, suivant toute probabilité, à la formation d'un sulfure jaune d'arsenic. L'analyse chimique vint, en effet, démontrer la présence de ce poison dans l'estomac.

Plusieurs circonstances méritent d'être notées dans cette observation : d'abord, la petite quantité du poison, 2 grains et demi, qui a suffi pour déterminer la mort (si nous ne nous trompons, c'est le premier exemple d'un empoisonnement mortel par une aussi petite dose d'arsenic) ; ensuite la lenteur de la marche de l'intoxication, le peu d'intensité des symptômes locaux ; enfin la présence d'une altération pathologique, dont l'existence avait été contestée, des ecchymoses sur les valvules du cœur.

---

48. *Observation d'empoisonnement par le deuto-chlorure de mercure ; mort en moins d'une demi-heure* ; par le docteur A.-S. Taylor.

(Guy's Hospital Reports.)

Le 19 juin 1846, le docteur J. Welch fut appelé auprès d'un homme âgé de 30 ans, adonné à l'ivrognerie, et qui, cinq minutes auparavant, dans un état d'ivresse, avait pris, dans un peu de thé, une poudre blanche qui n'était autre que du sublimé. Cet homme était dans un état d'insensibilité complète, la face pâle et tranquille, le pouls insensible, la respiration stertoreuse, écume à la bouche ; les lèvres, la bouche et la gorge, avaient une couleur uniformément blanche. La mort eut lieu en cet état, en moins d'une demi-heure. A l'*autopsie*, on trouva que l'estomac renfermait un liquide aqueux, teint de sang ; ce liquide fut recueilli et analysé, ainsi qu'un peu de poudre blanche qui restait dans la tasse dont il s'était servi, et qui n'était autre chose que du

bichlorure de mercure. Il est à regretter que cette observation soit aussi incomplète.

---

49. *Deux observations d'empoisonnement par l'acide sulfurique chez l'enfant*; par les docteurs LETHEBY et TAYLOR.

(London medical Gazette.)

OBS. I. — Un enfant, âgé de 9 ans, entra à l'hôpital de Londres le 29 décembre 1845, à la suite d'un empoisonnement par l'acide sulfurique. Il était à jouer dans la rue, lorsqu'un jeune garçon, qui passait près de lui, lui proposa une tasse d'un liquide qu'il portait. Il accepta, avala 1 once de cet acide, et fut pris immédiatement de douleurs atroces dans la gorge et dans l'estomac. Un chirurgien du voisinage lui avait administré, cinq minutes après, une assez grande quantité de chaux et de magnésie. Il avait vomi des matières brunâtres, et un liquide qui ressemblait beaucoup à du *porter*. Les souffrances étaient très-vives, la face altérée et d'une pâleur effrayante, les extrémités froides, et le pouls à peine perceptible. Cependant on parvint à le réchauffer, et sept heures après, il s'endormit d'un sommeil profond et tranquille. Le lendemain, la face était encore anxieuse ; douleurs à la gorge et à l'épigastre, n'augmentant pas par la pression ; les lèvres gonflées et couvertes de croûtes d'un rouge-brunâtre ; la langue tapissée d'un épithélium d'un blanc de perle, qui se détachait déjà en quelques points ; la peau chaude et sèche ; le pouls à 132, dur et bondissant. Malgré l'application de deux sangsues à la partie supérieure du sternum, cet état fébrile dura pendant quatre jours encore. Le petit malade cracha une assez grande quantité de débris d'épithélium blanchâtre. Le cinquième jour, on lui administra un purgatif, et à partir de ce moment, il marcha graduellement vers la guérison. Les urines qu'il avait rendues pendant les quatre premiers jours de sa maladie furent soumises à une analyse chimique : elles étaient en quantité plus considérable que d'ordinaire, d'une couleur rouge foncé, d'une forte réaction acide, et d'une pesanteur spécifique qui variait entre 1046 et 1030. Pas la moindre trace d'albumine, mais elles contenaient tant de phosphates triples en solution, qu'en les neutralisant par l'ammoniaque, ils formèrent une masse blanche abondante. En recherchant l'acide sulfurique, on trouva dans l'urine du premier jour environ 62 grains de cet acide ; le deuxième jour, 40 grains ; le troisième 18 grains 3/10, et le quatrième, 12 grains 7/10. Au sixième jour, l'urine avait repris ses qualités normales. Bref, en trois jours, on avait extrait de l'urine 103 grains d'acide sulfurique mono-hydraté, c'est-à-dire

une quantité égale à 1 once 3/4 de l'acide aqueux de la pharmacopée de Londres.

Nous appelons l'attention sur deux circonstances curieuses de cette observation : la présence de l'acide sulfurique dans l'urine, et la possibilité de la circulation de cet agent toxique dans toute l'économie, sans déterminer des symptômes très-graves.

Obs. II. — Le 1er juillet 1846, le docteur Taylor fut appelé auprès d'un enfant de 4 mois qui présentait tous les symptômes d'un empoisonnement par l'acide sulfurique. Il était pâle et dans un état de collapsus ; les lèvres et la langue étaient blanchies, ainsi que la paroi interne des joues, et avaient tout à fait l'aspect du parchemin; la langue, en deux ou trois points, était d'un rouge vif; sous le menton, on voyait une eschare jaune ou orange, qui s'étendait jusqu'au côté droit de la lèvre inférieure; pouls fréquent et petit, peau froide. On administra immédiatement à cet enfant une mixtion de magnésie et de bicarbonate de soude, qui détermina des vomissements d'abord de matières ingérées, épaisses, glaireuses, presque noires, puis de sang artériel pur. Quatre heures après, l'enfant eut trois selles liquides, de même nature que ces vomissements. Ces selles continuèrent pendant la nuit. Les accidents parurent d'abord se calmer, à l'exception des évacuations alvines qui restèrent toujours abondantes. Mais sept jours après, il fut pris d'une grande agitation et de ténesme. Le 11, il survint une abondante salivation qui dura deux jours, et à la suite son corps fut couvert d'une éruption qui tenait le milieu entre la miliaire et les pétéchies. A partir de ce moment, l'enfant perdit graduellement ses forces, et les matières alimentaires ne furent plus digérées. L'enfant tomba dans le marasme et s'éteignit le 26 juillet. A l'*autopsie*, on trouva la membrane muqueuse de la bouche et de la gorge saine, mais pâle ; une ulcération cicatrisée au menton ; le duodénum contracté et renfermant une petite qnantité de liquide grumeleux ; sa membrane interne plus lisse qu'à l'état normal, complétement dépouillée de villosités; aucune trace d'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac ; elle était seulement plus pâle et luisante; le reste du tube intestinal et les autres organes étaient parfaitement sains. L'enquête et l'analyse chimique démontrèrent que la cause de l'empoisonnement était l'acide sulfurique, et que c'était une jeune servante, âgée de 11 ans, qui avait fait prendre cet acide à l'enfant.

Une question importante se présente : à quelle cause a été due la mort dans ce cas ? Les premiers accidents avaient été conjurés avec succès, et jusqu'à la fin de la première semaine, on

a pu concevoir l'espoir de sauver ce jeune malade. C'est le trouble de la nutrition qui a amené définitivement la mort ; la destruction des villosités prouve, en effet, que les parois de l'estomac et de l'intestin avaient été intéressées dans une grande profondeur. L'on peut même s'étonner avec quelque raison que l'enfant ait vécu aussi longtemps.

MÉLANGES.

50. *Croup guéri par les vomitifs seuls ou combinés avec les préparations mercurielles* ; cinq observations recueillies par MM. Coeurderoi et Sée, anciens internes de l'hôpital des Enfants.

(Revue médicale, février 1848.)

Obs. I. — Belin Gustave, âgé de 5 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, est entré à l'hôpital des Enfants le 16 juin 1847, et a été placé alors dans une des salles affectées aux maladies chroniques, pour y être traité d'une carie de la partie moyennne du sternum et de la portion voisine des 3e, 4e et 5e côtes.

Le 2 octobre, à six heures du matin, et sans qu'on ait remarqué chez lui d'angine ou de bronchite les jours précédents, cet enfant est pris d'un violent accès de suffocation, avec sifflement laryngo-trachéal, toux et voix rauques et éclatantes, cyanose de la face. Il est placé alors salle Saint-Jean n° 2, service de M. Baudelocque. L'interne de garde appelé auprès de lui prescrit 50 centigrammes de poudre d'ipécacuanha en deux prises, des frictions avec l'onguent mercuriel sur la partie antérieure et moyenne du col.

L'accès dure une demi-heure environ ; et jusqu'au moment de la visite l'enfant reste dans l'état suivant :

Oppression extrême, 32 inspirations par minute ; le petit malade appréhende de parler ; lorsqu'on l'y engage, il prononce quelques mots seulement avec une voix enrouée, un peu éteinte. La toux est éclatante et rauque. L'enfant a vomi deux fois, mais on ne trouve pas de fausses membranes dans les vomissements. L'inspection de la gorge fait voir sur l'amygdale droite une exsudation pseudo-membraneuse d'un blanc grisâtre, fort peu étendue dans tous les sens.

Prescription : 0,10 c. de tartre stibié en 2 prises, une le ma-

tin et une le soir ; 2 cautérisations avec une solution concentrée de nitrate d'argent, à parties égales ; frictions sur la région laryngo-trachéale avec l'onguent mercuriel.

Le soir, la voix et la toux sont éteintes, l'inspiration plus sifflante sans qu'il y ait eu cependant dans la journée d'accès de suffocation marqué. — Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés. — Les amygdales et la paroi postérieure du pharynx, d'une couleur rouge inflammatoire très-prononcée, présentent 4 ou 5 fausses membranes très-petites, déchiquetées sur leurs bords. — Le pouls est fort, à 120.

Prescription : 0,05 c. de tartre stibié.

Le 3, à la visite, l'état du malade n'a pas changé ; dans la nuit il a eu un accès de suffocation assez intense.

Prescription : 0,10 c. de tartre stibié en 2 prises, 2 cautérisations avec le nitrate d'argent, frictions mercurielles.

Dans la journée, deux vomissements. Avec le premier a été expulsée une fausse membrane longue de 3 centimètres environ et formant à peu près les 3/4 d'une tubulure d'un calibre égal à celui de la trachée ou des premiers anneaux bronchiques ; elle est d'un blanc-grisâtre très-consistante et offrant deux lignes d'épaisseur. Plusieurs fragments pseudo-membraneux plus petits ont encore été rejetés dans les vomissements. Un mieux notable leur a succédé.

Le soir, l'enfant est plus calme, moins oppressé. La voix et la toux sont toujours rauques, mais moins éteintes. Le bruit respiratoire qui s'entendait à peine la veille dans toute l'étendue de la poitrine est perçu maintenant dans quelques points.

Le 4 au matin, l'oppression n'a pas reparu ; la voix et la toux sont moins rauques, la nuit a été bonne ; la respiration s'entend à peu près partout. Le pouls est toujours à 120.

Prescription : 0,10 c. de tartre stibié ; 2 cautérisations avec le nitrate d'argent ; frictions mercurielles.

Dans la journée, 3 vomissements dans lesquels ont été rendues plusieurs petites fausses membranes, et une tubulée en tout semblable à celle que nous avons décrite.

Le soir, l'oppression est revenue, la toux et la voix sont éteintes, l'inspiration accompagnée d'un sifflement laryngo-trachéal très-marqué. Le pouls donne 130. L'enfant est plus triste. 28 inspirations.

Prescription : 0,05 c. de tartre stibié.

Le 5 au matin. — L'enfant est dans le même état que la veille avant l'accès : tous les symptômes alarmants se sont dissipés. Il y a eu dans la nuit deux vomissements dans lesquels on trouve

quelques petites fausses-membranes. — Râle muqueux à la base des deux poumons.

Prescription : 0,05 c. de tartre stibié. Une bouteille d'eau de Vichy ; frictions mercurielles.

Le 6. — Même état. La toux et la voix perdent de plus en plus leur caractère croupal. Il n'y a plus d'oppression. Le murmure vésiculaire est perçu partout, mêlé à du râle muqueux. 125 pulsations.

Prescription : Eau de Vichy, frictions mercurielles ; julep gommeux avec 0,15 de kermès.

Les 7, 8 et 9. L'amélioration marche rapidement par tous les symptômes locaux, la voix seule est encore rauque. On perçoit toujours du râle muqueux à la base des deux poumons. Le pouls a notablement diminué de fréquence, il est descendu peu à peu à 110 pulsations.

Les 10, 11. La bronchite légère a disparu. Le pouls est à 100 pulsations. L'enfant est guéri, mais ce n'est guère qu'au bout de huit jours que la voix est redevenue normale. Le pouls aussi conserve encore de la fréquence jusqu'au 14 où il est à 90, régulier.

Obs. II. — Berger (Ferdinand), âgé de 6 ans, est entré à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Baudelocque, le 31 octobre 1847.

Cet enfant, bien portant jusqu'alors, a été pris dans la nuit du 30 au 31, d'un violent accès de suffocation, avec enrouement de la voix, toux rauque, inspiration sifflante.

Le 31, à dix heures du matin, nouvel accès plus violent encore ; on l'apporte à l'hôpital à une heure. Il est dans un état d'anxiété, de dyspnée extrême, sans qu'il y ait à proprement parler d'accès de suffocation. La face est cyanosée, vultueuse, les membres agités de mouvements convulsifs, la voix et la toux complétement éteintes, l'inspiration accompagnée d'un sifflement laryngo-trachéal, assez marqué pour être entendu à distance. L'examen de la gorge fait voir sur les amygdales de petites plaques pseudo-membraneuses nombreuses et peu étendues. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés. Pouls 140, fort, 30 inspirations. L'interne de garde le cautérise avec une solution concentrée de nitrate d'argent et donne pour le faire vomir 30 centigrammes de poudre d'ipéca. Des frictions avec l'onguent mercuriel sont faites sur la partie antérieure du cou.

Le soir, la respiration est plus facile, la face moins cyanosée, l'anxiété un peu moindre ; la toux et la voix sont toujours éteintes.

Le pouls à 130. Le murmure vésiculaire ne s'entend pas à l'auscultation.

Prescription : Potion avec 20 grammes de sirop d'ipéca, et 30 centigrammes de poudre. Nouvelle cautérisation.

Le 1er novembre. Aucune fausse membrane n'a été rendue dans les vomissements de la veille. Il y a un mieux notable dans l'état du malade. Il n'a pas eu d'accès de suffocation, la nuit a même été assez tranquille. La respiration est moins anxieuse. 22 inspirations ; — le bruit respiratoire s'entend mieux. Le pouls est à 120, régulier ; le facies moins cyanosé, l'enfant rassuré et moins abattu. La toux et la voix toujours éteintes.

Prescription : 10 centigrammes de tartre stibié en deux prises, 2 cautérisations, continuer les frictions mercurielles.

Le 2. L'enfant a vomi deux fois sans rejeter de fausses membranes. Le sifflement laryngo-trachéal est beaucoup moins fort. La voix et la toux moins éteintes, mais très-rauques. Le bruit respiratoire se perçoit assez distinctement dans quelques parties de la poitrine. L'examen de la gorge ne fait plus voir que de la rougeur. L'enfant joue et n'appréhende plus autant de parler. Le pouls est à 112.

Prescription : 10 centigrammes de tartre stibié, 2 cautérisations, frictions mercurielles, une bouteille d'eau de Vichy.

Le 3. La respiration facile, elle s'entend partout. La toux et la voix sont encore rauques. Le pouls à 110.

Prescription : Eau de Vichy, 2 verres.

Le 4. La respiration et la toux sont revenues à l'état normal. Le pouls est encore à 100. L'enfant se lève et ne paraît plus triste.

On continue l'eau de Vichy, 2 bouillons.

Nous gardons encore le malade pendant 6 jours. Quand il sort, le pouls est à 90, la voix naturelle.

Obs. III. — Nous n'avons sur le troisième cas que des notes assez courtes.

Nous l'avons observé sur une jeune fille de dix ans, entrée à l'hôpital le 29 mars 1847, dans le service de M. Baudelocque.

Il y a un mois cette enfant avait eu la scarlatine. A son entrée, elle présente tous les symptômes d'une bronchite assez étendue.

Le 31, la respiration devient plus difficile, la voix altérée, on remarque plusieurs accès de suffocation dans la journée et dans la nuit. L'auscultation révèle un affaiblissement et une rudesse assez marqués du murmure respiratoire. Rien à l'inspection de la gorge, si ce n'est une assez vive rougeur des amygdales. Une fausse membrane tubulée, dont le calibre représente à peu près

celui des trois quarts au moins de la trachée, est rendue avec d'assez grands efforts et peut-être aussi sous l'influence d'une potion dans laquelle on a fait entrer un quinzième de kermès et qui lui a été donnée le jour de son entrée, et continuée jusqu'alors.

10 centigrammes d'émétique en 2 prises.

Le 1er avril. M. Blache prend le service et ordonne la potion suivante :

Infusion de polygala. . .	120 grammes
Ipécacuanha en poudre. .	0,40 centigr.
Kermès.	0,10

Dans l'intervalle des deux visites, l'enfant avait été tranquille, avec peu d'oppression et de fièvre.

Dans la journée du 1er avril, sans que le pouls se soit accéléré notablement, sans qu'il y ait eu de nouveaux accès de suffocation, une autre fausse membrane, en tout semblable à la première, a encore été rendue. Comme la première fois, la voix a été altérée, mais la toux n'a présenté que très-peu de raucité.

Du 2 ou 5, la fièvre n'a pas reparu, la voix revient. On donne pendant ces trois jours un looch avec 10 centigrammes de kermès. Après quelques jours, la petite malade sort de l'hôpital parfaitement guérie.

Obs. IV. — Martin (Charles), âgé de 2 ans 1/2, est entré le 18 décembre 1847. Il est couché au n° 4 de la salle Saint-Côme.

A son entrée, il est vu par l'interne de garde qui apprend des parents que, depuis deux jours, cet enfant est enroué et a une toux rauque, qu'il n'a pas eu précédemment de fièvre éruptive, et que le matin de son entrée il a éprouvé un violent accès de suffocation. Il présente d'ailleurs les symptômes suivants : voix éteinte, toux croupale, accès de suffocation très-intense, facies cyanosé. Peu d'agitation convulsive dans les membres ; pouls développé, peu fréquent.

Cet état satisfaisant se continue jusqu'au 20 à 2 heures. Alors la voix est de nouveau éteinte, une fausse membrane de même nature que les autres est encore découverte sur l'amygdale droite.

Sur les amygdales, on découvre deux plaques pseudo-membraneuses très larges. Du râle muqueux est perçu dans les deux poumons. Sifflement laryngo-trachéal. Pr. : 14 grammes de sirop d'ipécacuanha et 15 centigr. de poudre dans un looch. Cautérisation avec la solution concentrée de nitrate d'argent, frictions mercurielles sur la région antérieure du cou, sinapismes aux membres inférieurs.

Le soir, deux vomissements difficiles et peu abondants, sans rejet

de fausses membranes; la suffocation est moindre ; la voix moins éteinte et rauque ainsi que la toux ; le sifflement laryngo-trachéal moins bruyant : le pouls a toujours conservé le même caractère. Le même vomitif est répété ; nouvelle cautérisation ; continuation des frictions mercurielles. Le 19, mieux notable ; pas d'accès de suffocation. Voix et toux rauques seulement. Pouls moins fréquent.

On donne de nouveau le vomitif précédemment indiqué. La cautérisation est répétée aussi.

Les 21, 22 et 23, le mieux se continue sans se démentir.

Le 24, l'enfant est tout à fait bien.

Obs. V. — Un petit garçon de 5 ans fut pris de tous les accidents du croup ; dyspnée, accès de suffocation, absence de la respiration, fièvre, expectoration de fausses membranes, exsudations plastiques à la surface des amygdales.

Les vomitifs répétés, les onctions mercurielles et le calomel à l'intérieur triomphèrent de la maladie.

---

51. *De la maladie de Werlhof.—Théorie du docteur Heusinger sur la nature de cette maladie. — Uber morbus maculosus hemorrhagicus Werlhofii und Heusingers Ansicht uber die Natur dieser kranthleil* ; par le docteur Siméon.

(Revue médicale, février 1848.)

En 1818, le docteur Heusinger eut l'occasion de voir un soldat qui succomba au purpura hémorrhagica, et chez lequel l'inspection cadavérique démontra, outre la vacuité des vaisseaux, une exsudation plastique très-ferme et de plusieurs lignes d'épaisseur à la surface de l'arachnoïde cérébrale.. — Dix-sept ans plus tard, un cas tout à fait analogue se présenta à cet observateur.— Chez un troisième malade on eut également lieu de *soupçonner* une altération du cerveau.—Chez un cocher qui mourut hydropique à la suite d'un purpura, on trouva une quantité considérable de sérosité dans la cavité arachnoïdienne. — Enfin chez deux autres malades, l'autopsie révéla également l'existence d'une hydrencéphalite. — De ces divers faits, M. Heusinger conclut que le morbus maculosus Werlhofii n'est autre chose qu'une hydrencéphalite, qu'il faut combattre par les antiphlogistiques et les saignées, et qui est bien distincte de la maladie appelée scorbut. — Mais en examinant ces faits attentivement on voit qu'il est impossible d'en tirer des conclusions de ce genre ; la plupart des malades dont il s'agit sont morts sans avoir présenté de trouble cérébral, et les produits morbides que contenait la cavité arachnoïdienne étaient uniquement le résultat d'une hy-

dropisie cachectique ou le fait d'une simple coïncidence : comment concilier d'ailleurs l'idée de l'hydrencéphalite avec les suffusions sanguines qui caractérisent le purpura, et quelles connexions peut-il y avoir entre ces deux lésions ? Comment concevoir enfin une hydrocéphalite qui présente une marche chronique sans se révéler par aucune manifestation extérieure ? Les taches se montrent souvent subitement avec les hémorrhagies sans aucun symptôme précurseur, Wichmann (Werlhofii opera medica, Hannovre 1775), Behrens, Welhof racontent plusieurs faits de ce genre. Dans ces cas, dit le docteur Siméon, il est impossible d'y voir autre chose qu'une disposition particulière du système capillaire de la peau et des muqueuses, avec tendance à l'exsudation sanguine, mais ce n'est pas là le cas le plus général, et il faut distinguer le morbus maculosus en plusieurs espèces.

1° Tantôt c'est une congestion active vers la peau, qui se développe principalement après des sueurs abondantes, des fatigues ou un exercice violent.

2° Tantôt c'est un état particulier des vaisseaux capillaires, sans dyscrasie des humeurs.

3° D'autres fois cet état est lié à la constipation, à quelque obstacle dans la circulation; dans ce cas les hémorrhagies sont souvent salutaires.

4° Dans d'autres circonstances l'atonie du système capillaire tient à la cachexie scrofuleuse ou scorbutique, et dans ce cas le purpura, qu'il soit aigu ou chronique, n'est qu'une complication de ces états cachectiques.

5° Enfin dans quelques cas la pourpre vient se surajouter à une affection aiguë, adynamique, par exemple, au typhus qui est si souvent caractérisé par des hémorrhagies intestinales, nasales, et des pétéchies. Le traitement de cette maladie consistera principalement dans l'emploi des remèdes rafraîchissants, acidulés et laxatifs; mais cette formule sera modifiée selon les causes et les complications de la maladie; l'atonie qui est inhérente au mal réclame seule un traitement identique et constamment le même, c'est-à-dire des sucs aromatiques, et quelquefois des remèdes toniques.

---

52. *De la coqueluche et de son traitement*; par le docteur Bodenius.

(Revue Médicale, février 1848.)

Emploi de l'alun. — Dans l'épidémie que l'auteur eut l'occasion d'observer, il employa principalement l'alun, qu'il donna en

solution à la dose de 4 à 8 grains pour des enfants âgés de moins d'un an, de 8 à 15 grains pour les enfants plus âgés. — L'alun était dissous dans une once d'eau distillée, additionné d'une demi-once de sirop d'althæa, et administré par cuillerée à café ; — ce remède suffit chez quinze malades âgés d'un à cinq ans pour diminuer l'intensité de la toux, sa fréquence, pour faire cesser les vomissements, faciliter l'expectoration et transformer la maladie en une simple affection catarrhale.—La durée du traitement fut de 14 à 21 jours, la durée de la maladie ne dépassa pas 4 à 5 semaines et les rechutes ne furent jamais que des quintes de toux catarrhale.— C'est surtout dans la première période que le remède trouvait son emploi ; — quand il existait une complication, comme une phlegmasie du poumon, on commençait par prescrire les antiphlogistiques et le tartre stibié ; après quoi l'alun achevait ordinairement la guérison.

---

53. *Quelques mots sur la prophylaxie de l'éclampsie des femmes en couche* ; par le docteur Mombert de Wanfried.

(Revue Médicale, février 1848.)

1° L'éclampsie, d'après Robert John, ne se montre jamais sans être précédée de symptômes précurseurs. — Cette proposition n'est pas entièrement exacte.

2° Quand il existe des prodrômes, il est impossible cependant d'employer des moyens prophylactiques pendant le dernier mois de la grossesse, attendu que ces phénomènes ne se montrent souvent que peu de temps avant l'accouchement, et que l'accouchement se fait souvent avant terme.

3° Il est des cas dans lesquels on constate tous les prodrômes de l'éclampsie, sans que la maladie s'en suive.

4° Dans ces cas-là on ne peut pas affirmer que les moyens prophylactiques qu'on a employés aient suffi seuls pour enrayer le mal.

---

54. *De l'emploi du fer rouge dans les maladies du col de l'utérus* ; par le docteur Hoppe à Bonn.

(Revue Médicale, février 1848.)

1° L'application du fer rouge dans les maladies du col utérin est un des meilleurs remèdes contre ces maladies ; mais elle ne peut pas être substituée à l'excision, dans tous les cas possibles ; plus la partie malade est indurée et fongueuse, moins elle est saignante et exposée aux hémorrhagies, plus l'excision sera avantageuse.

2° Le cautère rond et boutonné est préférable au cautère

nummulaire, parce qu'il s'adapte plus facilement à la forme du spéculum.

3° L'application du cautère doit être assez prolongée pour qu'on soit dispensé de la réitérer et pour qu'on détruise toutes les parties dégénérées.

4° La cautérisation n'est pas aussi indolore que le pense M. Jobert, et ne tient pas à l'absence des nerfs dans le col utérin. M. Beth et plusieurs autres anatomistes y ont reconnu l'existence des nerfs, et si la douleur produite par l'opération ne se fait pas sentir sur ces organes, la cause en est dans la présence des produits plastiques et autres qui protègent les parties sensibles.

5° La cautérisation ne dérange pas la menstruation même si on la pratique pendant les règles, cependant il n'est pas un moyen plus efficace de rappeler les menstrues que l'application du fer rouge dans les régions voisines de l'utérus.

6° Après la cautérisation, l'auteur a l'habitude de prescrire des injections et des applications froides pendant les 24 heures qui suivent l'opération ; puis on applique sur la partie malade de la charpie imprégnée d'une infusion de camomille, et dès que la cicatrisation commence, on se contente de charpie couverte de cérat ou même de charpie sèche.

Toutes ces propositions ont besoin d'être vérifiées par l'expérience ; jusque-là il est douteux que les préceptes que donne l'auteur sur l'application du cautère trouvent des partisans prêts à les mettre en pratique. — Quant à l'insensibilité du col, les faits l'ont jugée depuis trop longtemps pour qu'on puisse la mettre en doute.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 187e VOLUME.

9e SÉRIE, TOME III. — MARS 1848.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Nouvelles recherches expérimentales sur le mode de développement, sur l'action et sur les principes actifs de l'ergot des graminées ; en réponse aux questions du programme de M. le professeur *Jean-Baptiste Mazzoni*. Essai couronné, au jugement d'une commission spéciale, par le cinquième Congrès scientifique italien, tenu à Lucques ; par *Louis Parola*. (*Suite* et *fin*.) 157
Des taches de la cornée, considérées comme cause de réforme ; par *F. Hairion* 168
Ivresse iodique ; observation communiquée par *H. Decondé*. 174
Observation d'amaurose survenue pendant la parturition ; note lue à l'Académie royale de médecine de Belgique, par le docteur *Florent Cunier*. 178
Notice sur l'épidémie de grippe qui a régné dans la garnison de Bruxelles, pendant le mois de janvier de 1848 ; par *H.-C. Lebeau*. 186
Baignoire vaginale employée par le docteur *Victor Uytterhoeven*. 192

Séance du 29 janvier 1848.

Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine. 193
Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois de janvier 1848. 216

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

TOXICOLOGIE. — 1. Empoisonnement par le camphre. 1
2. Empoisonnement par du poisson. 2
3. Observation sur un cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux, traité par la magnésie ; communiqué par M. *Cadet-Gassicourt*. 3
47. Observation d'empoisonnement par l'acide arsénieux ; par le docteur *Letheby*. 275
48. Observation d'empoisonnement par le deuto-chlorure de mercure ; mort en moins d'une demi-heure ; par le docteur *A.-S. Taylor*. 276
49. Deux observations d'empoisonnement par l'acide sulfurique chez l'enfant ; par les docteurs *Letheby* et *Taylor*. 277

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 4. Recherches cliniques sur l'albuminurie cantharidienne ; par le professeur *Bouillaud*. (*Suite*.) 5
5. De la curabilité et du traitement rationnel de la phthisie pulmonaire ; par M. le professeur *Forget*. 15
6. De la névralgie générale, affection qui simule les maladies graves des centres nerveux, et de son traitement ; par M. *Valleix*. 21
7. De l'asthme nerveux et de son traitement ; par M. *Sandras*. 30
8. Observations pour servir à l'histoire de l'inflammation et de la suppuration du cœur ; par le docteur *David Craigie*. 38

9. Quelques considérations sur le genre acné (varus ou dartre pustuleuse d'Alibert, comprenant la couperose, la mentagre, etc.,) et particulièrement sur l'acné sebacea du visage ; par le docteur *Gibert.* 48
10. Recherches cliniques sur l'anesthésie, suivies de quelques considérations physiologiques sur la sensibilité; par *J.-H.-S. Beau.* 54
36. Observation de cysticerques du cerveau ; par le docteur *Drewry-Ottley.* 256
37. Deux observations de cyanose par suite de vice de conformation du cœur ; par le docteur *Ch. Bertody* et *W. T. Iliff.* 258
38. Cancer de l'endocarde ; observation par le docteur *E. Latham Ormerod.* 259
39. Remarques sur la chlorose ; par le docteur *Henry Marsh.* 261
THÉRAPEUTIQUE. — 11. Application du cautère actuel à l'épine dorsale dans les leucorrhées utérines. 67
12. Emploi de la pommade à la cévadille contre la gale ; par M. *José Gascon.* 68
13. Cérat pour prévenir les gerçures du mamelon ; par M. *José Léon.* 69
14. Composition et propriétés médicales de la chinoïdine. 69
15. De l'emploi de l'électricité galvanique dans le traitement de certaines paralysies des membres inférieurs ; par le docteur *Constantin James.* 72
16. Du quinquina contre la goutte et le rhumatisme; par M. *Audouard.* 85
17. Traitement des causes des névralgies ; par le docteur *S. Sandras.* 91
18. Observations sur les propriétés fébrifuges de la phillyrea latifolia, et de ses préparations ; par le professeur *Jachelli.* 103
19. Coup d'œil sur les propriétés thérapeutiques de l'huile de cade ; par M. *Serres.* 105
20. Bons effets du musc et des vésicatoires répétés dans la période ataxique de l'hydrocéphale aiguë ; par M. *Legroux.* 110
35. De la thérapeutique du mal de mer, et du mal de mer comme moyen thérapeutique ; par le docteur *Fischer.* 254
40. Sur l'action physiologique et thérapeutique de la vératrine comparée à celle de la strychnine ; par M. le docteur *P. A. Gebhort.* 263
41. Feuilles de fraisier sauvage comme auxiliaire utile dans le traitement de la dyssenterie chronique. 267
42. De l'acétate de morphine dans le traitement de la mélancolie; par le docteur *Seymour.* 267

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 21. Observation d'hémorrhagie par le tubercule ombilical, communiquée par M. le docteur *Thore.* 116
22. Huit grossesses successives compliquées de démangeaisons assez fortes pour déterminer des accouchements prématurés ; par *G.-E. Maslieurat-Lagémard.* 121
43. Moyen pour prévenir l'avortement périodique ; par M. *Griffin.* 268
MALADIES DES FEMMES. — 23. Thérapeutique des maladies des femmes, liées à un écoulement ; par le docteur *Gibert.* 127
24. Recherches sur les hydropisies chez les femmes enceintes ; par le docteur *C. Devilliers* fils. 137
44. Cas d'excision du col utérin pour affection carcinomateuse ; par M. *Simpson.* 269
MALADIES DES ENFANTS. — 25. De l'éclampsie ou affection convulsive chez les enfants; par M. le docteur *Dechaut.* (*Suite* et *fin.*) 150

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 26. Recherches sur les kystes de l'épididyme, du testicule et de l'appendice testiculaire ; par *L. Gosselin.* (*Suite.*) 160
27. Considérations nouvelles sur l'étiologie et le traitement de la gangrène sèche des membres ; par M. *Jobert.* 170

28. De la réduction des hernies épiploïques inguinales anciennes; par M. *Malgaigne.* 175
29. Note sur deux cas de hernie inguinale étranglée réduite après les inhalations de chloroforme; par M. *Michel Guyton.* 191
45. Considérations sur la fistule urinaire; par M. *W. Colles.* 271
46. Nouveau mode de traitement des tumeurs érectiles. Division sous-cutanée des vaisseaux. 275
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 30. Mémoire sur la cautérisation considérée comme moyen de combattre les accidents qui surviennent à la suite des opérations; par M. *Bonnet.* 201
OPHTHALMOLOGIE. — 31. De la cataracte pierreuse; par le docteur *Al. Magne.* 214

XII. GÉNÉRALITÉS.

32. Études sur les virus; par *Jean Hameau.* (*Suite* et *fin.*) 218
33. Mémoire sur la localisation des maladies cutanées; par *C. Baron.* 226

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE royale des sciences de Paris. (Séances des 20, 27 mars et 3 avril.) — Propagation des vers qui habitent le corps de l'homme et des animaux. 239. — Appareil pour la fracture de la clavicule. 241. — Développement des vers intestinaux chez le fœtus. 242.
ACADÉMIE royale de médecine de Paris. (Séance des 21, 28 mars et 4 avril.) — Principe actif du cannabis sativa.— Choléra de Constantinople. 242. — Trace d'une opération d'entéroraphie après douze ans. 243. — De la ponction des abcès par congestion. 247. — Emploi de l'oxygène contre le croup. — Traitement de diverses affections périodiques et rémittentes par le sulfate de quinine. 248.— Anévrysme de l'aorte. 249.— Inoculation de la petite vérole. — Trépan par traction ou évulsif. — Conservation et vente des sangsues. 250.— Procédé opératoire pour l'ablation d'un polype fibreux utérin. 251.— Emploi du melite américain dans le traitement de la blennorrhagie. 252.

MÉLANGES.

34. Du diapason, comme moyen de diagnostic des maladies auriculaires. 253
50. Croup guéri par les vomitifs seuls ou combinés avec les préparations mercurielles; cinq observations recueillies par MM. *Cœurderoi* et *Sée.* 279
51. De la maladie de Werlhof. — Théorie du docteur Heusinger sur la nature de cette maladie. — Uber morbus maculosus hemorrhagicus Werlhofii und Heusingers Ansicht uber die Natur dieser kranthleil; par le docteur *Siméon.* 284
52. De la coqueluche et de son traitement; par le docteur *Bodenius.* 285
53. Quelques mots sur la prophylaxie de l'éclampsie des femmes en couche; par le docteur *Mombert de Wanfried.* 286
54. De l'emploi du fer rouge dans les maladies du col de l'utérus; par le docteur *Hoppe.* 286

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 187e VOLUME.

9e SÉRIE, TOME III. — MARS 1848.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (janvier et février 1848).

Craigie (David). Observations pour servir à l'histoire de l'inflammation et de la suppuration du cœur. 38
Beau (J.-H.-S.). Recherches cliniques sur l'anesthésie, suivies de quelques considérations physiologiques sur la sensibilité. 54
Devilliers fils (C.). Recherches sur les hydropisies chez les femmes enceintes. 137
Gosselin (L.). Recherches sur les kystes de l'épididyme, du testicule et de l'appendice testiculaire. 160

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (janvier et février 1848).

Forget. De la curabilité et du traitement rationnel de la phthisie pulmonaire. 15
Valleix. De la névralgie générale, affection qui simule les maladies graves des centres nerveux, et de son traitement. 21
Sandras. De l'asthme nerveux et de son traitement. 30
Serres. Coup d'œil sur les propriétés thérapeutiques de l'huile de cade. 105
Legroux. Bons effets du musc et des vésicatoires répétés dans la période ataxique de l'hydrocéphale aiguë. 110
Gibert. Thérapeutique des maladies des femmes, liées à un écoulement. 127
Jobert. Considérations nouvelles sur l'étiologie et le traitement de la gangrène sèche des membres. 170
Bonnet. Mémoire sur la cautérisation considérée comme moyen de combattre les accidents qui surviennent à la suite des opérations. 201

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 11, 12, 14, 15, 16; 1848).

Application du cautère actuel à l'épine dorsale dans les leucorrhées utérines. 67
Gascon (José). Emploi de la pommade à la cévadille contre la gale. 68
Léon (José). Cérat pour prévenir les gerçures du mamelon. 69
Composition et propriétés médicales de la chinoïdine. 69
James (Constantin). De l'emploi de l'électricité galvanique dans le traitement de certaines paralysies des membres inférieurs. 72
Thore. Observation d'hémorrhagie par le tubercule ombilical. 116
Maslieurat-Lagémard (G.-E.). Huit grossesses successives compliquées de démangeaisons assez fortes pour déterminer des accouchements prématurés. 121
Guyton (Michel). Note sur deux cas de hernie inguinale étranglée réduite après les inhalations de chloroforme. 191
Magne. (Al.). De la cataracte pierreuse. 214
Baron (C.). Mémoire sur la localisation des maladies cutanées. 226

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (février 1848).

Sandras (S.). Traitement des causes des névralgies. 91

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE TOULOUSE (octobre 1847).

Dechaut. De l'éclampsie ou affection convulsive chez les enfants. 150

JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE (février 1848).

Empoisonnement par le camphre. 1
Empoisonnement par du poisson. 2
Cadet-Gassicourt. Observation sur un cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux, traité par la magnésie. 3
Jachelli. Observations sur les propriétés fébrifuges de la phillyrea latifolia, et de ses préparations. 105

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (février et mars 1848).

Bouillaud. Recherches cliniques sur l'albuminurie cantharidienne. 5
Malgaïgne. De la réduction des hernies épiploïques inguinales anciennes. 175

REVUE MÉDICALE (novembre et décembre 1847; janvier et février 1848).

Gibert. Quelques considérations sur le genre acné (varus ou dartre pustuleuse d'Alibert, comprenant la couperose, la mentagre, etc.,) et particulièrement sur l'acné sebacea du visage. 48
Audouard. Du quinquina contre la goutte et le rhumatisme. 85
Hameau (Jean). Etudes sur les virus. 218
Cœurderoi et *Sée.* Croup guéri par les vomitifs seuls ou combinés avec les préparations mercurielles. 279
Siméon. De la maladie de Werlhof. — Théorie du docteur Heusinger sur la nature de cette maladie. — Uber morbus maculosus hermorrhagicus Werlhofii und Heusingers Ansicht uber die Natur dieser kranthleil. 284
Bodenius. De la coqueluche et de son traitement. 285
Hombert de Wanfried. Quelques mots sur la prophylaxie de l'éclampsie des femmes en couche. 286
Hoppe. De l'emploi du fer rouge dans les maladies du col de l'utérus. 286

JOURNAUX ALLEMANDS.

ERFAHR, UEBER DIE KRANKHEITEN DER GAHORES ET LEIPS.

Du diapason, comme moyen de diagnostic des maladies articulaires. 253

JOURNAL FUER KINDERKRANKHEITEN.

Letheby. Observation d'empoisonnement par l'acide arsénieux. 275

JOURNAUX ITALIENS.

GIORNALE DEGLI PROGRESSI DELLA PATOL. E DELLA TERAP.

Gebhort (P. A.). Sur l'action physiologique et thérapeutique de la vératrine comparée à celle de la strychnine. 263

JOURNAUX ANGLAIS.

BOSTON MED. AND SURG. JOURN.

Fischer. De la thérapeutique du mal de mer, et du mal de mer comme moyen thérapeutique. 254

THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL.

Marsh (Henry). Remarques sur la chlorose. 261
Seymour. De l'acétate de morphine dans le traitement de la mélancolie. 267
Griffin. Moyen pour prévenir l'avortement périodique. 268
Simpson. Cas d'excision du col utérin pour affection carcinomateuse. 269
Colles (W.). Considérations sur la fistule urinaire. 271

GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Taylor (A.-S.). Observation d'empoisonnement par le deuto-chlorure de mercure ; mort en moins d'une demi-heure. 276

LONDON MED. CHIR. TRANSACTIONS.

Drewry-Ottley. Observation de cysticerques du cerveau. 256
Latham Ormerod (E.). Cancer de l'endocarde. 259

LONDON MED. GAZETTE.

Bertody (Ch.). Deux observations de cyanose par suite de vice de conformation du cœur. 258
Nouveau mode de traitement des tumeurs érectiles. Division sous-cutanée des vaisseaux. 275
Letheby et *Taylor*. Deux observations d'empoisonnement par l'acide sulfurique chez l'enfant. 277

SOUTHERN MED. AND. SURG. JOURNAL.

Feuilles de fraisier sauvage comme auxiliaire utile dans le traitement de la dyssenterie chronique. 267

En vente à la librairie de N.-J. GREGOIR,

ET CHEZ LES PRINCIPAUX LIBRAIRES DU ROYAUME.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, ou Répertoire général des sciences médicales au XIXe siècle, par MM. Andral, Bégin, Blandin, Bouillaud, Bouvier, Cruveilhier, Cullerier, Devergie, Dugès, Dupuytren, Foville, Guibourt, Jolly, Lallemand, Londe, Magendie, Ratier, Rayer, Roche, Sanson, et Dictionnaire de Médecine, seconde édition, par MM. Adelon, Béclard, Bérard, etc. réunis. L'ouvrage complet forme 31 volumes à deux colonnes.

Il est facultatif pour les nouveaux souscripteurs de retirer les volumes qui ont déjà paru, à raison d'un volume tous les mois. Prix de chaque volume : 6 50

ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES des bords du Rhin (Aix-la-Chapelle, Ems, Hombourg, Kissingen, Kreutznach, Nauheim, Schlangenbad, Schwalbach, Soden, Spa, Wiesbaden) ; par MM. Trousseau, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. Lasègue, docteur en médecine. 1 joli vol. in-32, relié. 3 »

TRAITÉ DE L'ART DE FORMULER, ou Notions de pharmacologie appliquée à la médecine ; par le docteur Mialhe, pharmacien, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. gr. in-18. 2 50

GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, ou résumé général de pathologie interne et thérapeutique appliquées ; par F.-L.-J. Valleix, médecin des hôpitaux de Paris, membre titulaire de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique, auteur de la *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés,* du *Traité des Névralgies,* etc.

Conditions de la souscription. — Le *Guide du Médecin praticien,* par le docteur Valleix, est publié en 10 livraisons formant 2 gros volumes in-8° à deux colonnes, imprimés en caractères neufs sur beau papier vélin satiné.

Chaque livraison contient un volume de l'édition de Paris, et ne coûte que 2 fr. 50 c., payables à la réception.

Les abonnés des campagnes doivent désigner un domicile dans une ville quelconque pour la remise des volumes.

Les quatre premières livraisons sont en vente.

DE LA MORTALITÉ DES OUVRIERS MINEURS ; par G. Hanot, docteur en médecine. 1 vol. in-8°. 2 »

COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE, ou Exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne ; par M. Louis De La Berge, docteur en médecine, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chef de clinique médicale à la même Faculté, professeur de pathologie interne ; M. Ed. Monneret, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur particulier d'hygiène appliquée, et M. L. Fleury, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur particulier de pathologie interne.

Mode de publication.

Le Compendium de médecine pratique sera publié en 37 livraisons de 96 pages chacune, ou huit beaux vol. gr. in-8° à deux colonnes.

Chaque livraison se vend 1 franc 75 c. prise à Bruxelles, et 2 fr. *franco* pour toute la Belgique.

30 de ces livraisons, ou 6 volumes et 2 livraisons ont déjà paru.

L'ouvrage publié en France forme 30 livraisons et coûte 105 francs, tandis que le nôtre ne coûtera que 64 francs 75 centimes.

HISTOIRE DE LA SYPHILIS DANS L'ANTIQUITÉ, avec des recherches pour servir aux médecins, aux philologues et aux antiquaires, exposée par le docteur JULIUS ROSENBAUM, médecin praticien et chirurgien à Halle sur la Saal, membre de plusieurs Sociétés savantes, etc.; traduite de l'allemand, par JOS. SANTLUS, médecin militaire, etc., etc., 1 vol. in-8° de 350 pages. 3 50

LE MÉDECIN DE SOI-MÊME aux bains de mer, ou Manuel complet d'hygiène et de thérapeutique, indispensable aux baigneurs; ouvrage comprenant toutes les généralités relatives aux bains de mer, leurs indications et contre-indications spécifiées avec clarté et précision, et les moyens balnéoiatriques pour en faire usage avec sécurité et succès dans chaque cas particulier; par HENRI NOPPE, docteur en médecine. 1 vol. in-8°, 1836. 2 50

Le même ouvrage en allemand. 2 50

SUR LES MALADIES RÉSULTANT DE L'ABUS DU TABAC et sur l'action physiologique de cette substance; par MM. LAYCOCK et WRIGHT. (Traduit et annoté par M. GUÉRARD.) » 20

LEÇONS CLINIQUES SUR LES LUNETTES et les états pathologiques consécutifs à leur usage irrationnel; par SICHEL, docteur en médecine, officier de la légion d'honneur. 1 vol. in-8°. 2 50